Nr. 33. 13. sierpnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Zdzisław Michalski. Warszawa.

Metoda ilościowego określenia cholesteryny w surowicy krwi.

(Notatka tymczasowa).

Z II-giej kliniki chorób wewnętrznych Un. Warsz. Kierownik prof. Dr. Rzętkowski.

Badania nad oznaczeniem we krwi cholesteryny w różnych stanach chorobowych nabierają w klinice coraz donioślejszego znaczenia. Niestety badania te, w warunkach pracy obecnych, w pracowniach naszych, stają się coraz mniej możliwe ze względu na brak odczynników, zwłaszcza takich, jak eter, bezwodnik kwasu octowego itp., których zużywa się stosunkowo duże ilości.

Z tego też względu poniżej podaję nową, znacznie prostszą od dotychczasowych, metodę kliniczną oznaczania cholesteryny wolnej w surowicy krwi, metodę, zużywającą znacznie mniej odczynników, względnie niekosztownych. Metoda ta, o ile z dotychczasowych badań sądzić mogę, posiada dostateczną ścisłość dla badań klinicznych i wymaga bardzo niewielkiej ilości surowicy (2 cm sześcienne).

Zasada tej metody jest następująca: Jak wiadomo, digitonina posiada bardzo silne własności hemolityczne, już w rozcieńczeniu 1 : 12.000. Dodana w roztworze wodnym do roztworu (ew. zawiesiny) w wodzie lub surowicy cholesteryny, digitonina łączy się z nią ekwimolekularnie. O ile cała digitonina nie zostanie związana przez cholesterynę, nadmiar digitoniny podziała hemolizująco na erytrocyty baranie, dodane do mieszaniny cholesteryna plus digitonina, jako wskaźnik. Oczywiście połączenie digitoniny z cholesteryną nie wywołuje hemolizy. W ten sposób znając ilość użytej digitoniny mamy możność obliczenia, ile w płynie badanym znajdowało się cholesteryny. Obliczenie opierać się będzie, jak w metodzie Windaus'a, na tem, że jedna drobina cholesteryny wiąże jedną drobinę digitoniny.

Wykonanie.

1. Do szeregu probówek wlewamy po 1 cm. sześć. surowicy badanej, rozcieńczonej kolejno 2, 5, 10, 20, 30-to krotnie itd. fizjologicznym roztworem soli kuchennej.

2. Do każdej z tych probówek dodajemy po 0,3 cm sześć. 1‰ roztworu digitoniny w roztworze fizjologicznym soli, nieco ogrzanego, aby był zupełnie klarowny.

3. Skłóciwszy dokładnie zawartość probówek, stawiamy je na godzinę do cieplarki, poczem do każdej probówki dodajemy po 0,3 cm sześć. 10% zawiesiny w roztworze fizjologicznym soli krwinek baranich dobrze przemytych. W szeregu probówek, gdzie jest nadmiar niezwiązanej digitoniny, występuje hemoliza. Ostatnie rozcieńczenie przy zaledwie rozpoczynającej się hemolizie, zawiera ilość cholesteryny, która całkowicie związała dodaną ilość digitoniny.

Obliczenie uskuteczniamy w następujący sposób. Jak wiadomo, ciężar drobinowy cholesteryny jest 386, digitoniny 1202. To znaczy, że jeden gram digitoniny wiąże 386/1202=0,321 cholesteryny. Stąd 0,3 cm. sześć. 1‰ rozczynu digitoniny zwiąże 0,0000926 gm cholesteryny. W obliczeniach mych zaokrąglam tę cyfrę do 0,0001, co z niewielką szkodą dla ścisłości znakomicie ułatwia wyliczenia. Dajmy na to, że hemoliza rozpoczęła się w probówce, do której dodano 1 cm sześć. surowicy, rozcieńczonej 30-to krotnie. W tej probówce znajduje się ilość cholesteryny, wiążąca całkowicie dodaną ilość digitoniny, a więc 0,0001 gm cholesteryny; 1 cm sześć. przeto surowicy nierozcieńczonej zawierać będzie cholesteryny 30 razy tyle t. j. 0,003 gm. W obliczeniach więc na litr surowicy, jak to czyni Grigaut, otrzymamy 3‰ cholesteryny. Ogólnie przeto ilość cholesteryny pro mille w badanej surowicy (x) obliczamy według wzoru: x=y (stopień rozcieńczenia, w którem zaczyna się pojawiać ślad hemolizy) pomnożone na 0,0001 i na 1000 czyli x=0,1. y.

W naszym przypadku x=0,1. 30=3.

Przy pomocy metody powyższej oznaczać możemy tylko wolną cholesterynę, znajdującą się w surowicy badanej, albowiem estry cholesterynowe nie łączą się z digitoniną. Tu wszakże zaznaczyć winienem, że ilość wolnej cholesteryny, prawdopodobnie kosztem jej estrów, wzrasta, gdy zamiast odwirowywać krew dla otrzymania surowicy postawić ją dla odstania do cieplarki na 12 godzin. Wytwarzanie się wolnej cholesteryny zachodzi tu prawdopodobnie drogą niezbadanych jeszcze swoistych spraw autolitycznych. Dotychczasowe nieliczne moje badania w tym kierunku, nieukończone z powodu braku odczynników, ujawniły, że w tych warunkach różnica w ilości związanej przez digitoninę wolnej cholesteryny a całkowitą ilością cholesteryny, nie przekracza 20% całkowitej ilości. Jak to widać z poniższego zestawienia, porównawcze badania metodą własną i kolorymetryczną Grigaut, dają wyniki różniące się nieznacznie. Zaznaczyć wypada, że jak wiadomo, metoda Grigaut daje wyniki o 10% do 25% niższe od rzeczywistych.

	Płeć	Wiek	Rozpoznanie	Metoda własna	Kolorymetr Grigaut
1.	M.	28	Tbc pulmonum	0,7‰	0,75‰
2.	K	61	Icterus Cholelithiasis	8,0‰	6,0‰
3.	M.	46	Tbc pulmonum Pleuritis exsud	0,9‰	0,7‰
4.	K.	57	Carcinoma vesicae felleae	0,4‰	0,38‰
5.	K.	61	Anaemia perniciosa	0,8‰	0,68‰
6.	K.	48	Diabet. melit.	4.0‰	3,1‰
7.	M.	49	Phthisis pulm.	0,8‰	0,70‰
8.	K.	41	Typhus abdom. pod koniec choroby	2,9‰	1,7‰
9.	M.	34	Zdrowy	1,9‰	1,8‰
10.	K.	24	Zdrowa	1,0‰	1,6‰

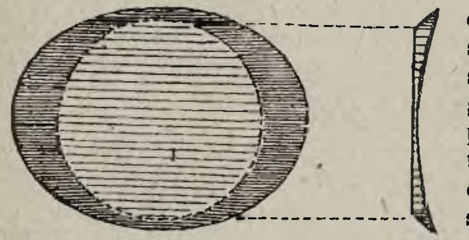
Tablica powyższa ujawnia, że podana metoda dorównywa pod względem ścisłości metodzie kolorymetrycznej Grigaut. To upoważnia mnie do podania tej metody w formie doniesienia tymczasowego do publicznej wiadomości. Dalsze badania stwierdzą rzeczywistą jej wartość w klinice.

Dr. Andrzej Lipka, lekarz szkolny. Ciechanów.

Kilka słów o t. zw. szkłach „lentikularnych".

W bardzo ciekawym artykule Dra K. Brudzewskiego o okularach, umieszczonym w Nr. 18 i 19 Polskiej

Gazety Lekarskiej, nie znalazłem wzmianki o szkłach, istniejących w handlu pod nazwą »lentikularnych«; właśnie sam od lat kilku używam takich do dalekiego patrzenia. Owalna soczewka składa się z dwu części: zewnętrznej (ramki) wypukło-wklęsłej i środkowej płasko-wklęsłej w kształcie prawidłowego kółka o średnicy 25 mm; pierwsza jest szkłem bardzo słabo zbierającem, druga — rozpraszającem, przeznaczonem do patrzenia. Całość zatem określić się daje, jako słabo zbierająca soczewka wypukło-wklęsła, której środek jest ścięty i odszlifowany na płasko. Mimo że środkową część jest optycznie bardzo silna (— 10 D), całość jest lekka i cienka, a linje krzywi mi bardzo nieznacznie, w każdym razie nie więcej od zwykłych moich soczewek periskopijnych, jakie noszę, o sile — 6 D.



Wymienionych zalet szkieł tych nie umiem wytłómaczyć sobie inaczej, jak tem, że oko, mając przed sobą małe okrągłe szkiełko (25 mm), zniewolone jest do stałego patrzenia przez nie mniejwięcej centralnie, gdyż w przeciwnym razie przeszkadza mu zaraz owa ramka optycznie nieczynna, pozatem i cienkość środkowej soczewki nie sprzyja powstawaniu aberacji sferycznej. Sporządzanie podobnych szkieł wywołane zostało dążeniem do nadania soczewkom, przy znacznej ich sile optycznej, cienkości resp. lekkości, co istotnie w zupełności zostało osiągnięte. Sądzę, iż szkła te nie przedstawiają nic nowego ani nadzwyczajnego: są to płasko-wklęsłe soczewki, a więc — optycznie stoją niżej nawet od periskopijnych, jednak są pożyteczne z innych względów. Natomiast pod względem kosmetycznym szkła te przedstawiają nieco do życzenia: refleksy świetlne na nich, zasłaniając rysunek oka, sprawiają na widzu niemiłe wrażenie.

Załączam rysunek omawianej soczewki w położeniu na płask i w profilu.

Dr. Henryk Hilarowicz, asystent kliniki. Lwów.

Drugi przypadek skrętu sznurka nasiennego.

(Dodatek do pracy w P. Gaz. lek. 1922 Nr. 18).

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
(Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm).

Jako dopełnienie opisanego niedawno skrętu sznurka nasiennego zasługuje na krótką wzmiankę drugi przypadek tego schorzenia, leczony w kilka miesięcy później na klinice chirurgicznej lwowskiej.

Dotyczył on chorego 16-letniego z obustronnem wnętrostwem pachwinowem, który zgłosił się z powodu bolesnego stwardnienia w okolicy pachwinowej lewej, powstałego przed 4-ma tygodniami z nieznanych choremu powodów. Badanie wykazało, że jadro prawe, jest dość ruchome, i leży tuż przy pierścieniu pachwinowym zewnętrznym; w tej samej okolicy po stronie lewej znajduje się guz, niewielki, nieruchomy, bolesny, o granicach rozlanych, pokryty skórą napiętą. Rozpoznano sprawę zapalną lub okręcenie lewego jądra pachwinowego. Wobec trwania sprawy chorobowej już od 4 tygodni i braku jakichkolwiek cięższych objawów, wykonano najpierw zabieg po stronie prawej, polegający na wydłużeniu szypuły jądra zapomocą cięcia Polyi, przenikającego przestrzeń między jądrem a przyjądrzem (por. P. G. lek. nr. 18. 1922 str. 356, Zentrbl. f. Chir. Nr. 48 1921 i Nr. 15 1922), ściągnięciu jądra do moszny i przyszyciu czasowem do wewnętrznej powierzchni uda (*Orchidopexia Longardta*). Po tygodniu odsłonięto guz po stronie lewej i znaleziono leżące wśród zbitych, ciemno-czerwonych zrostów, małe, kuliste jądro, okręcone u swej szypuły w pieścieniu pachwinowym zewnętrznym, które uwolniono od silnie zrośniętych z niem osłonek, jądro miało barwę brudno-zielono-szarą, było wiotkie i nie krwawiło. Czy skręt dotyczył również i osłonek, trudno było wobec zmienionych stosunków stwierdzić. Szypułę jądra odkręcono i pozostawiono je w ranie przez 24 godzin; ponieważ po czasie tym żadnej poprawy odżywienia nie okazywało, wycięto je, pozostawiając ranę w celu zagojenia się jej przy pomocy ziarniny.

Jądro wycięte, małe, o silnie zgrubiałej błonie białowej okazuje na przekroju barwę czarno-krwistą w częściach obwodowych, żółtawo-szarą w środkowych; przyjądrze przedstawia się jako wydłużenie jądra w kierunku szypuły.

Obraz drobnowidowy (zakład anat. patolog. we Lwowie): Otoczka wybitnie zgrubiała, wzdłuż jej naczyń liczne nacieki drobnokomórkowe zapalne; pod torebką rozległe starsze wylewy krwawe o porozpadanych ciałkach czerwonych. Wśród skrzepów stwierdza się pasemka tkanki łącznej włóknistej. Sama tkanka jądra, t.j. kanalików i tkanka podścieliskowa, zupełnie martwicza, przy dobrem jeszcze utrzymaniu zarysów kanalików.

W przypadku tym zasługuje na uwagę czas trwania skrętu około 6 tygodni oraz zmiany, którym jądro okręcone uległo, t. j. jałowa martwica dotycząca przedewszystkiem elementów gruczołowych i rozpoczynające się łącznotkankowe zwyrodnienie narządu. Zmiany te odpowiadają w zupełności zmianom, wywoływanym doświadczalnie u zwierząt przez podwiązywanie naczyń jądra a opisanym przez Miffleta i Van-vert'a. (Arch. f. kl. Chir. T. 24, Ann. des mal. des org. urogen. 1904).

Z praktyki.

Dr. Wincenty Puławski. Radziejów.

Leczenie płonicy surowicą.

Dalszy przyczynek [1]).

Jesienią 1921 spostrzegałem epidemję płonicy, którą wkrótce powiodło się umiejscowić. Ogólna ilość przypadków w miasteczku Radziejowie i najbliższej okolicy nie przewyższyła 25; część z nich nie była bliżej spostrzeganą.

Początek tej miejscowej epidemji, jak to później sprawdziłem, był dość niezwykły. W jednym domu na brzegu miasta zachorowała dziewczynka półtoraroczna, wnuczka kościelnego. Chora ta w okresie wystąpienia osutki, dość zresztą niewyraźnej, dostała drgawek, wśród których zmarła w piątym dniu choroby. Jednocześnie w tem samem mies kaniu zachorowała ciotka zmarłej, córka kościelnego, dziewczyna 18-letnia, na ciężką błonicę gardła. W piątym dniu choroby wstrzyknąłem 2000 j. ochr. w 10 cm^3 surowicy przeciwbłoniczej. Dawkę tę nazajutrz powtórzyłem z szybkim skutkiem dodatnim. Osutki płoniczej, ani objawów osutkowych posurowiczych nie dostrzeżono. Prawie współcześnie na tej samej ulicy, o kilka domów dalej, zachorowała dziewczyna, 21-letnia wśród objawów ciężkiego błoniczego zapalenia zgorzelinowego gardła z dużem obrzmieniem obustronnem gruczołów szyjnych, z następczym obrzękiem okołokrtaniowym oraz objawami ogólnej posocznicy. Zapalenie oskrzelikowe płuc wraz z ich ostrym obrzękiem spowodowało śmierć w piątym dniu choroby, która po dwóch dniach względnie łagodnego początku postępowała tak piorunująco szybko, że o pomoc lekarską zwrócono się już w okresie przedzgonnym. Żadnej surowicy nie zastosowano. Wysypki na ciele nie zauważono.

Po tych trzech wstępnych przypadkach zaczęły zjawiać się w różnych punktach miasteczka i jego przedmieść przypadki wyraźnie płonicze, z których dziesięć było leczonych surowicą przeciwpaciorkowcową wielowartościową (przeciwpłoniczą) i surowicą przeciwbłoniczą. Sześć z nich przebiegało nader ciężko od samego początku choroby; trzy zakończyły się śmiertelnie. Z pozostałych czterech dwa miały przebieg średni, a dwa lżejszy. Uważam za konieczne opisać tu w krótkości ich przebieg kliniczny.

A) Przypadki ciężkie.

I.) J. F., lat $3^3/_4$, synek fornala z najbliższego folwarku, dobrze zbudowany i odżywiony, chory trzeci dzień. Ciepłota 39·9°; tętno 140, małe, drobne; oddech zmienny, około 40 na minutę, powierzchowny, krótki. Chory apatyczny, bierny, mało przytomny; przy badaniu nie stawia oporu. Na piersiach, brzuchu i nogach już jest wyraźna drobnopunktowa osutka płonicza, ciemnoszkarłatna, miejscami zlewająca się, przybierająca odcień żółtaczkowo-siniczy. W gardle obfite naloty błonicowate na migdałkach, łukach, języczku i tylnej ścianie, krwawią przy dotknięciu, cuchną. Gruczoły podszczękowe i szyjne, bliższe i dalsze, silnie powiększone, stwardniałe, zlewają się po obu stronach w guzy wspólne. U brzegów otworów nosowych i w kątach ust nadżerki i zestrupiałe nadpęknięcia (rhagades). Wstrzyknięto 20 cm^3 surowicy przeciwpłoniczej (z dnia 8/I. 1921) oraz 2000 j. ochr. w 10 cm^3 surowicy przeciwbłoniczej (z dnia 18/VII. 1921. Nr. kontr. państw. 419). Na trzeci dzień dawki te powtórzyłem, poczem zaczęła występować rzekoma poprawa przy osłabieniu objawów chorobowych wogóle. Po następnych dwóch dniach jednak stan pogorszył się, przyczem objawy posocznicze zaczęły występować na plan pierwszy i spowodowały śmierć 5-ego dnia po drugiem wstrzyknięciu, na 11-ty dzień choroby.

II. S P., $^3/_4$ roku, syn robotnika, dobrej budowy i odżywienia, chory drugi dzień. Ciepłota 40,2°; tętno 150, nitkowate; oddech zmienny, powierzchowny, około 40 na minutę. Osutka pło-

[1]) Patrz: Przegląd Lekarski 1910. Nr. 13. oraz: Medycyna i Kronika Lekarska 1917. Nr. 47—51.

nicza zaczyna się zjawiać na piersiach, brzuchu i nóżkach. W gardle silne zaczerwienienie ogólne; na migdałkach obustronnie zaczątki nalotów błonicowatych. Gruczoły szyjne miernie powiększone i stwardniałe. Chory żywo oddziaływa przy badaniu i opiera się. Chorobę przejął od bardzo ciężko chorej od tygodnia siostry (patrz Nr. IV.). Wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej warszawskiej (z dnia 8/I. 1921) oraz 2000 j. ochr. w 7 cm³ surowicy przeciwbłoniczej (z dnia 18/VII. 1921 Nr 419). Do trzeciego dnia znaczna poprawa: spadek ciepłoty do 38°; tętno 120; zblednienie i wyraźne zmniejszenie się wysypki na skórze. Zjawiła się natomiast senność i apatja. Następnego dnia, czyli czwartego po wstrzyknięciu, znaczne powiększenie się i stwardnienie gruczołów szyjnych. W gardle objawy bez zmiany; ciepłota 38,5°; tętno 130, drobne, nierówne; ciągła senność i apatja, przytem krótkotrwałe drgawki przejściowe w mięśniach twarzy i szyji. Źrenice rozszerzone przy bardzo słabym i leniwym odczynie na ostre światło, chwilami zez zbieżny. Ponownie wstrzyknąłem także samą dawkę obu gatunków surowic; odczynu przytem prawie nie było. Śmierć nastąpiła nazajutrz przy objawach stałego zezu zbieżnego, zupełnej nieprzytomności i postępującego osłabienia działania serca.

III. W. W. 1¼ roku, lichej budowy i odżywienia, córka murarza, chora trzeci dzień; ciepłota 39,8°; tętno 136, śpiączka, apatja. Osutka płonicza zaczyna się zjawiać w postaci niezbyt licznych punkcikowatych plamek na piersiach, brzuchu i nóżkach. W gardle mocne zaczerwienienie z odcieniem siniczym; na migdałkach kilka ograniczonych szarożółtych plamek. Wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej warszawskiej (z dnia 8/I. 1921) oraz 2000 j. ochr. w 8 cm³ surowicy przeciwbłoniczej (z dnia 28/VIII. 1921. Nr. 549). Na drugi dzień wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej, przyczem dziecko zupełnie bierne bez odczynu, nieprzytomne, śpiące. Źrenice rozszerzone, bez odczynu na ostre światło. Następnego dnia osutka znikła; ciepłota 37,8°; tętno 140, nitkowate, nierówne. Wstrzyknięto kamforę i kofeinę; stan pozostał bez zmiany, źrenice zwężone do minimum, bez odczynu na ostre światło, stały zez rozbieżny. Śmierć na szósty dzień choroby.

IV.). M. P., 6 lat, córka robotnika, siostra Nr. II., budowa i odżywienie średnie. Chora trzeci dzień; ciepłota 39,5°; tętno 130, drobne, mało napełnione; oddechów około 30 na minutę. Osutka płonicza wyraźna, obfita, gęsta, szkarłatna, na piersiach, brzuchu i nogach. W gardle obustronne obfite naloty błonicowate; gruczoły szyjne obustronnie znacznie powiększone i stwardniałe. Dnia 5/X. 1921 wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej (z dnia 8/I. 1921). Dnia 6/X. 1921 pogorszenie się miejscowych objawów w gardle i powiększenie się gruczołów szyjnych. Wstrzyknięto 2000 j. ochr. w 7 cm³ surowicy przeciwbłoniczej (z dnia 18/VII. 1921 Nr. 319). Dnia 7/X. 1921. Stan o wiele gorszy; ciepłota 40,5°; tętno 150, nitkowate, chwilami nie dające się zliczyć. Oddech powierzchowny, utrudniony wskutek bardzo obrzękłego gardła, powyżej 40 na minutę. Gruczoły szyjne powiększone i stwardniałe znacznie więcej. Zaczerwienienie skóry ciemno-czerwone, prawie bordo, z odcieniem siniczym. Wstrzyknięto powtórnie 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej i na trzeci dzień, czyli 9/X. 1921, dawkę tę jeszcze raz powtórzono. Dnia 11/X. 1921, czyli dziewiątego dnia choroby, objawy zaczynają słabnąć. Ciepłota 38,8°; tętno 140, wyraźniejsze i równiejsze: oddech nieco głębszy, do 30 na minutę. Ciemno-czerwony (bordo) kolor skóry zaczyna przechodzić w jasno-czerwony. Dnia 14/X. 1921 bardzo obfite łuszczenie się skóry, która zbladła, tracąc zabarwienie osutkowo-płonicze. Ciepłota 37,8°; tętno 96, równe, wyraźne; oddech głębszy, spokojny, do 22 na minutę. W gardle obrzęk znacznie się zmniejszył, naloty prawie zupełnie znikły; stan gruczołów szyjnych bez zmiany. Odtąd stopniowe zdrowienie, powikłane obustronnem zropieniem gruczołów szyjnych, ze samoistnem pęknięciem ich pod ciągłemi ciepłemi okładami z 1% płynu Burowa pomiędzy 30 a 40 dniem choroby, a także obustronnym surowiczo-ropnym wyciekiem z uszu. Zupełne wyzdrowienie w dziewiątym tygodniu choroby: surowiczy wyciek z uszu, nieco cuchnący, w małej ilości trwał dłużej.

V.) J. R., lat 2, syn robotnika, dobrze odżywiony i zbudowany, chory trzeci dzień przy objawach błonicowatego zapalenia gardła z obustronnem wydatnem powiększeniem i stwardnieniem gruczołów szyjnych. Ciepłota 39,6°; tętno 136, małe, drobne; oddech około 30 na minutę. Osutka płonicza drobnopunktowa, dość gęsta, zaczyna się zjawiać na piersiach, brzuchu i udach. Dnia 15/X. 1921 wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej i 1000 j. ochr. w 5 cm³ surowicy przeciwbłoniczej. Dnia 16/X. 1921, wobec pogorszenia się wszystkich objawów powtórzono obydwie dawki surowic. Dnia 17/X. 1921 ciepłota i tętno bez zmiany Osutka obfita, szkarłatna, na całem ciele z odcieniem siniczym na kończynach. W gardle naloty błonicowate powiększyły się, krwawią i cuchną; gruczoły duże i twarde, zwłaszcza po stronie prawej. Oddech krótki, chrapliwy, rzężący, do 44 na minutę; senność i silne osłabienie ogólne, niemożność poruszania się, sprawiająca wrażenie zupełnej prostracji. Wstrzyknięto kamforę i kofeinę. Dnia 19/X. 1921 złagodzenie i zmniejszenie się wszystkich groźnych objawów. Ciepłota 38,6°; tętno 120, równiejsze, wyraźniejsze i silniejsze; oddech równiejszy, głębszy do 26 na minutę. Osutka na całej powierzchni skóry zbladła, stała się różową, siniczy odcień znikł; miejscami zaczyna się łuszczenie skóry. W gardle ilość nalotów zmniejszyła się, obrzęk mniejszy. Raz poraz wykrztusza chory gęstą plwocinę błoniastą. Nadżerki u skrzydeł nosa oraz na wargach i w kątach ust zsychają się i schodzą. Gruczoły szyjne z lewej strony znacznie mniejsze, z prawej bez zmiany, bolesne. Odtąd powolne zdrowienie, powikłane obfitym wyciekiem ropnym z prawego ucha i zropieniem prawych gruczołów szyjnych. Ropień ten w dniu 21/XI. 1921 przepękł sam pod ciepłemi okładami z 1% płynu Burowa. Potem zdrowienie szybsze przez trzy tygodnie bez powikłań. Zupełne wyzdrowienie w dziewiątym tygodniu choroby. Wyciek z ucha, lekko cuchnący trwał znacznie dłużej.

VI). S. P., lat 5, córka gospodarza małorolnego, doskonale zbudowana i odżywiona, chora czwarty dzień. Ciepłota 40,2°; tętno 136, drobne, łatwo znikające; oddech krótki, powierzchowny do 36 na minutę. Osutka silnie czerwona, obfita, drobnopunktowa, zlewająca się w rozległe plamy na szyi, piersiach, brzuchu i kończynach. W gardle obustronne obfite naloty błonicowate, grube, cuchnące, krwawiące przy dotykaniu wacikiem. Gruczoły obustronnie bardzo powiększone twarde i bolesne. Wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej (z dnia 8/I. 1921) oraz 2000 j. ochr. w 8 cm³ surowicy przeciwbłoniczej (z dnia 30/IX. 1921 Nr. 563). Przez następne dwa dni, z powodu pogarszania się wszystkich objawów, dawki te obu surowic powtórzono dwukrotnie, czyli razem przez trzy doby zastosowano 60 cm³ surowicy przeciwpłoniczej i 6000 j. ochr. w objętości 24 cm³ surowicy przeciwbłoniczej. Trzeciego dnia po ostatniem wstrzyknięciu, czyli na 9. dzień choroby, złagodnienie wszystkich objawów, zarówno ogólnych, jak miejscowych. Odtąd zdrowienie z każdym dniem postępowało bez powikłań; gruczoły szyjne po dwu tygodniach zmniejszyły się prawie do rozmiarów prawidłowych, wysięku z uszu nie było. Zupełne wyzdrowienie na początku szóstego tygodnia choroby.

B) Przypadki o przebiegu średnim.

VII) R. R., 5 lat, brat Nr. V. dobrze zbudowany i odżywiony, chory drugi dzień. Ciepłota 39,6°; tętno 136, średnie; oddech 28 na minutę. Częste wymioty, po przyjęciu jakiegokolwiek napoju, uparcie trwają drugą dobę. Osutka zaczyna się zjawiać na piersiach i brzuchu. W gardle zaczerwienienie ogólne i zarysy nalotów na migdałkach, język suchy, malinowy. Gruczoły szyjne miernie powiększone i nieco stwardniałe. Wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej (z dnia 8/I. 1921), oraz 1000 j. ochr. w 4 cm³ surowicy przeciwbłoniczej (z dnia 30/IX. 1921 Nr. 563). Przez dwa dni następne pogorszenie się wszystkich objawów, lecz już nazajutrz potem, czyli piątego dnia choroby, osutka zaczęła stopniowo blednąć. W gardle naloty zaczęły zmniejszać się i znikać; przełykanie stało się łatwiejszem. Ciepłota 38,0°; tętno 110, mocniejsze. W dwa dni potem ciepłota 37,5°; tętno 96; oddech 18 na minutę; zaczyna się łuszczenie skóry, niezbyt obfite. Odtąd dość szybkie zdrowienie, powikłane w końcu trzeciego tygodnia zjawieniem się, rzekomo bez powodu przy ciągłem leżeniu w łóżku, obrzęków na twarzy, tułowiu i brzuchu. Białkomocz przeszło 1,5‰ (według uczulonego Essbacha). Te popłonicze zmiany nerek trwały około 10 dni, przebiegały łagodnie, bez gorączki, i ustąpiły przy djecie mlecznej i ciągłych okładach rozgrzewających na okolicę nerek. Zupełne wyzdrowienie na początku szóstego tygodnia.

VIII). S. R., lat 7, siostra poprzedniego, dobrze zbudowana i odżywiona. Chora od dwu dni przy objawach zupełnie takich samych, jak u brata, oprócz upartych wymiotów, które były tylko dwukrotnie i krótko. Ciepłota 39,5°; tętno 120, średnie. Osutka zaczyna się zjawiać na piersiach, brzuchu i udach. Jednocześnie z chorym Nr. VII. wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej (z dnia 8/I. 1921) oraz 1000 jed. ochr. w 4 cm³ surowicy przeciwbłoniczej (z dnia 20/IX. 1921 Nr. 563). Przez następne dwa dni pogorszenie; zwiększenie się osutki, bardziej czerwonej, rozlanej. W gardle zwiększenie się nalotów błonicowatych i odgraniczanie się ich od powierzchni błon śluzowych. Trzeciego dnia zmniejszenie się i złagodzenie wszystkich objawów chorobowych; ciepłota 38,0°; tętno 96, mocniejsze; oddech równy, głębszy, do 20 na minutę. Wysypka zaczyna znikać, a naskórek łuszczyć się; w gardle obrzęk zmniejszył się, naloty znikają. Odtąd dość szybkie zdrowienie, powikłane zropieniem prawego gruczołu szyjnego. Ropień przeciąłem w końcu trzeciego tygodnia choroby. Zupełne wyzdrowienie w końcu piątego tygodnia; wycieku z ucha prawego nie było.

C) Przypadki o przebiegu lżejszym.

IX). W. O., 6 lat, synek handlarza, dobrze zbudowany i odżywiony, chory trzeci dzień. Ciepłota 39,0°; tętno 120; oddech 26 na minutę. Osutka lekko czerwona zaczyna zjawiać się w różnych miejscach ciała. W gardle zaczerwienie ogólne oraz zarysy nalotów błonicowatych na migdałkach; gruczoły szyjne z obu stron miernie powiększone i stwardniałe. Dnia 30/X. 1921 wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej (z dnia 8/I. 1921) oraz 1000 j. ochr. w 4 cm³ surowicy przeciwbłoniczej (z dnia 30/IX. 1921 Nr. 563). Do dnia 2/XI. 1921 zmiana na lepsze. Ciepłota 38,0°; tętno 100; oddech 18. W gardle zapalenie błonicowate ograniczyło się; naloty znikają; gruczoły szyjne mniejsze i niebolesne. Na miejscu wstrzyknięcia surowicy przeciwpłoniczej, w tkance podskórnej lewego podżebrza, nacieczenie niebolesne wielkości średniego orzecha laskowego, które pod ciepłemi okładami z 1% płynu Burowa samoistnie przepękło w dniu 14/XI. 1921. Odtąd szybkie zdrowienie bez powikłań. Zupełne wyzdrowienie na początku czwartego tygodnia choroby. Jednocześnie rodzony brat chorego, lat 4, zachorował na błonicę gardła bez śladów wysypki. Zastosowano

tam surowicę przeciwbłoniczą w ilości 2000 j. ochr. w 8 cm³ z szybkim skutkiem dodatnim. Przypadek ten wliczyłem do szeregu błonicy (Patrz: „Polska Gazeta Lekarska" 1922 Nr. 11).

X). S G., lat 10, syn młynarza, doskonale zbudowany i odżywiony, chory trzeci dzień. Ciepłota 39,0°; tętno 120; oddech 28; wysypka płonicza występuje wyraźnie, dość obficie na piersiach, brzuchu i udach. W gardle na migdałkach, silnie zaczerwienionych, zarysy nalotów błonicowatych z obu stron; gruczoły szyjne miernie powiększone i stwardniałe. Wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej i 1000 j. ochr. w 4 cm³ surowicy przeciwbłoniczej. Nazajutrz wstrzyknąłem powtórnie 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej. Do trzeciego dnia potem poprawa wyraźna i odtąd szybkie zdrowienie bez powikłań. Zupełne wyzdrowienie w ciągu 16 dni. Jednocześnie zachorowała siostra chorego, dziewczynka lat 8, doskonale zbudowana i odżywiona, przy objawach podobnych, jak u brata, tylko znacznie słabszych, tak, że surowicy nie zastosowano. Zdrowienie i wyzdrowienie współczesne z bratem.

Przed przystąpieniem do zestawienia danych wytycznych w każdym poszczególnym przypadku uważam za konieczne nadmienić co następuje: 1) Wobec powikłania wszystkich opisanych przypadków płonicy przez mniej lub więcej rozlane błonicowate zapalenie gardła, a przy jednocześnie spostrzeganych przypadkach czystej błonicy, panującej w miasteczku, nie można było wyłączyć współistnienia zakażenia także i prątkiem Löfflera. Dlatego też wszędzie zastosowałem oba gatunki surowic, t. j. przeciwpaciorkowcową wielowartościową przeciwpłoniczą i przeciwbłoniczą. 2) Ilość wstrzykiwanej surowicy przeciwpaciorkowcowej była wogóle mała, a przynajmniej niedostateczna. Przyczyną tego był głównie brak surowicy przeciwpłoniczej, której miejscowa apteka w październiku i listopadzie nie mogła otrzymać z państwowego Instytutu surowic w Warszawie, prawdopodobnie wskutek wielkiego zapotrzebowania jej w samej stolicy i w innych miejscowościach naraz. To też zużyłem kilkadziesiąt flakonów sprowadzonych jeszcze wiosną 1921 z wyrobu styczniowego. 3) Dzień choroby, w którym po zbadaniu chorego dokonałem pierwszego wstrzyknięcia surowicy, określałem na zasadzie wywiadów, zebranych od najbliższego otoczenia. Być może, że w kilku przypadkach kilkodniowy okres zwiastunów uszedł uwagi otoczenia, liczącego początek choroby od chwili zjawienia się już groźnych i ciężkich objawów.

Zestawiając dane wytyczne, otrzymamy następujące ugrupowanie:

I.) Trzy przypadki śmiertelne.

1) Chłopiec, lat 3¾, otrzymał w dwóch dawkach, na trzeci i piąty dzień choroby, razem 40 cm³ surowicy przeciwpłoniczej i 4000 j. ochr. w objętości 20 cm³ surowicy przeciwbłoniczej. Śmierć nastąpiła na jedenasty dzień choroby, na ósmy dzień po pierwszem, a na piąty dzień po drugiem wstrzyknięciu.

2) Chłopiec, ¾ roku, otrzymał w dwóch dawkach, na drugi i szósty dzień choroby, razem 40 cm³ s. przeciwpł. i 4000 j. ochr. w 14 cm³ s. przeciwbł. Śmierć nastąpiła na dziewiąty dzień choroby, na siódmy dzień po pierwszem, a na drugi dzień po drugiem wstrzyknięciu.

3) Dziewczyna, 1¼ roku, otrzymała w dwóch dawkach, na trzeci i czwarty dzień choroby, razem 40 cm³ surow. przeciwpł. i 2000 j. ochr. w 8 cm³ s. przeciwbł. Śmierć nastąpiła na szósty dzień choroby, na trzeci dzień po pierwszej, a na drugi dzień po drugiej dawce.

Uwagi: Wszystkie te trzy przypadki od początku wystąpiły jako bardzo ciężkie, beznadziejne; przyczem w pierwszym były objawy septyczne ogólne, a w pozostałych dwóch oponowo-mózgowe. Surowica w dawkach zastosowanych pozostała bez żadnego zgoła wpływu dodatniego.

II.) Trzy przypadki ciężkie z wyzdrowieniem.

4) Dziewczyna, lat 6, otrzymała w czterech dawkach, na trzeci, czwarty, piąty i siódmy dzień choroby, razem 60 cm³. s. przeciwpł. i 2000 j. ochr. w 7 cm³ s. przeciwbł. Zdrowienie powikłane obustronnem zropieniem gruczołów szyjnych i wyciekiem z obu uszu. Wyzdrowienie po upływie dziewięciu tygodni.

5) Chłopiec, lat 2, otrzymał w dwóch dawkach, na trzeci i czwarty dzień choroby, razem 40 cm³ s. przeciwpł. oraz 2000 j. ochr. w 10 cm³ s. przeciwbł. Zdrowienie powikłane zropieniem prawego gruczołu szyjnego i wyciekiem z prawego ucha. Zupełne wyzdrowienie po dziewięciu tygodniach.

6) Dziewczyna, lat 5, otrzymała w trzech dawkach, na czwarty, piąty i szósty dzień choroby, razem 60 cm³ s. przeciwpł. i 6000 j. ochr. w 24 cm³ s. przeciwbł. Zupełne wyzdrowienie bez powikłań po pięciu tygodniach.

Uwagi: Te trzy przypadki ciężkie, zakończone wyzdrowieniem zupełnem po 9 i 5 tygodniach, zdawały się podlegać dodatniemu działaniu surowic. Najwięcej odczuciby się to dało na przypadku szóstym, który dał względnie szybkie wyzdrowienie ad integrum zgoła bez żadnych powikłań.

III.) Przypadki o przebiegu średnim i lżejszym.

7) Chłopiec, lat 5, na drugi dzień choroby otrzymał 20 cm³ s. przeciwpł. i 1000 j. ochr. w 4 cm³ s. przeciwbł. Zdrowienie, powikłane przez względnie lekkie zajęcie nerek, doszło po pięciu tygodniach ad integrum.

8) Dziewczyna, lat 7, na drugi dzień choroby, otrzymała 20 cm³ s. przeciwpł. i 1000 j ochr. w 4 cm³ s. przeciwbł. Powikłanie ropniem gruczołu szyjnego prawego. Zupełne wyzdrowienie w końcu piątego tygodnia.

9) Chłopiec, lat 6, na trzeci dzień choroby otrzymał 20 cm³ s. przeciwpł i 1000 j. ochr. w 4 cm³ s. przeciwbł. Powikłanie przejściowe niewielkim ropniem w miejscu wstrzyknięcia. Wyzdrowienie ad integrum na początku czwartego tygodnia.

10) Chłopiec, lat 10, otrzymał w dwóch dawkach, na trzeci i czwarty dzień choroby razem 40 cm³ s. przeciwpł. i 1000 j. ochr. w 4 cm³ s przeciwbł. Wyzdrowienie zupełne bez powikłań w ciągu szesnastu dni.

Uwagi: Wszystkie te cztery przypadki zdawały się dawać zupełnie zadawalniające wyniki przy szybkiem zdrowieniu bez powikłań, lub z powikłaniami o charakterze tylko łagodnym. Żaden z nich nie dał objawów posurowiczych, ani osutkowych ani żadnych innych. Toż samo dotyczy tych trzech przypadków ciężkich, które zakończyły się wyzdrowieniem.

Przy tak małej ilości spostrzeżeń nieodpowiednie byłoby obliczanie stosunków odsetkowych oraz uogólnianie wniosków. Pozwolę sobie natomiast przypomnieć niektóre dane, zebrane przezemnie w epidemjach, przedtem spostrzeganych. Przeszłoroczna umiejscowiona epidemja płonicy zjawiła się znów po upływie lat sześciu od przedostatniej (1914—1916), która również prawie po takimże samym okresie nastąpiła po bezpośrednio poprzedzającej ją (1904—1909). W ostatniej mej pracy o płonicy (patrz: Medycyna i Kronika Lekarska 1917 Nr. 47—51) mylnie podałem rok 1907 jako zakończenie poprzedniej epidemji (1904—1907), gdyż właściwie jeszcze w latach 1908 i 1909 ciągnął się jej ogon, liczebnie dość poważny, o czem w odnośnych pracach sprawozdania opublikowałem. (Patrz niżej: Wykaz odnośnych prac, opublikowanych poprzednio).

W okresie lat 1904—1909 miałem spostrzeżeń płonicy, leczonej surowicą przeciwpaciorkowcową przeciwpłoniczą, 112, w tem 15 śmiertelnych, czyli 13%; wśród nich było 60 ciężkich, co stanowiło 54% liczby ogólnej, dały one zatem 25% śmiertelności. Jednocześnie przypadków, nie leczonych surowicą, było 80, w tem 37 śmiertelnych czyli 46%; wśród nich było 51 ciężkich, czyli 64%, dały one zatem 72% śmiertelności. W wielkiej epidemji spostrzeganej w latach 1914 do 1916 było wogóle 612 przypadków, w tem 79 śmiertelnych, czyli 13% liczby ogólnej; wśród nich przypadków ciężkich było 231 czyli 38%, dały one zatem 35% śmiertelności. Z powodu braku surowicy przeciwpłoniczej i niemożności otrzymania od okupantów surowic, wzbudzających zaufanie, przypadków płonicy, leczonej surowicą, w epidemji tej miałem tylko osiem, w tem 5 ciężkich, z których 4 śmiertelne. Prócz tego w 23 przypadkach płonicy, powikłanej rozległem błonicowatem zapaleniem gardła, z powodu przypuszczenia, że równocześnie istnieje zakażenie prątkiem Löfflera, zastosowano surowicę przeciwbłoniczą. Wśród nich były bardzo ciężkie przypadki w liczbie sześciu, z których cztery śmiertelne. W ubiegłym roku 1921, na sześć przypadków ciężkich zmarło 3 chorych. Czy troje pozostałych przy życiu wyzdrowiałoby bez zastosowania surowic, trudno orzec. Również nie możnaby twierdzić, że pozostałe dwa średnie i dwa lżejsze przypadki przebiegałyby równie pomyślnie bez leczenia ich surowicą. Jak zwykle rozstrzygaćby tu mogły do pewnego stopnia tylko liczne spostrzeżenia, czynione w różnorodnych warunkach. Otrzymane 13% śmiertelności w wielkiej epidemji 1914—1916 roku, wśród warunków bardzo niekorzystnych i bez stosowania surowicy, nie powinnoby wzbudzać zbytniej obawy wobec braku dotąd surowicy przeciwpłoniczej, ściśle swoistej. Nie mniej jednak praktyka lekarska, zwłaszcza ogólna prywatna, nie szpitalna, wymaga od nas koniecznie interwencji za wszelką cenę dla ocalenia beznadziejnie chorego na ciężką płonicę lub dla zapobieżenia, aby przypadek lżejszy nie stał się ciężkim lub beznadziejnym. Pozostaje wówczas w płonicy surowica przeciwpaciorkowcowa wielopostaciowa jako deska ratunku, której odpychać lekkomyślnie nie można i nie należy.

O płonicy i leczeniu jej surowicą w warunkach ogólnej praktyki prowincjonalnej opublikowałem przedtem następujące prace:

1) Czasopismo lek. 1904 Nr. 8 i 9. 2) Tamże 1905 Nr. 2 i 3. 3) Tamże 1911 Nr. 11. 4) Deut. med. Wocheuschr. 1908 Nr. 5. 5) Przegląd lek. 1909 Nr. 22. 6) Tamże 1910 Nr. 13. 7) Medycyna i Kronika lekarska 1917 Nr. 47—51.

Sprawozdania poglądowe

Doc. Dr. Jan Grek. Lwów.

O durze osutkowym.

Ze Szpitala wojskowego L. 2. (epidem.) we Lwowie. (Dowódca ppłk. lek. dr. Grek) i Kliniki lekarskiej Uniw. J. K. (Dyrektor Prof. Dr. Rencki).

Ciąg dalszy.

Dobrym środkiem pomocniczym przy rozpoznawaniu jest odczyn dwuazowy w moczu, który występuje dość wcześnie, gdyż już w połowie pierwszego tygodnia i utrzymuje się w czasie całego okresu gorączkowego.

Nie można również odmówić pewnej wartości rozpoznawczej i odczynowi Wienera, który wykonuje się w sposób następujący: 4 cm³ moczu wstrząsamy w eprowetce z taką samą ilością eteru; do drugiej eprowetki, do 2 cm³ wody przekroplonej dodaje się 10 kropel 1‰ nadmanganianu potasu i 3 krople barwika Jennera lub May-Grünwalda, a następnie obie te mieszaniny zlewamy razem. Wybitne zielone zabarwienie wskazuje na wynik dodatni, zabarwienie niebieskie — wynik ujemny. Odczyn ten wypada dodatnio nietylko w durze osutkowym, lecz także w durze powrotnym, płonicy, ospie, zapaleniu płuc i gruźlicy. Powtarzający się wynik ujemny tego odczynu, przemawia przeciw durowi osutkowemu, ma więc w ten sposób pewną wartość rozpoznawczą.

Największem rozpowszechnieniem a także uznaniem jako środek pomocniczy przy rozpoznawaniu duru osutkowego cieszy się obecnie odczyn agglutynacyjny Weil-Felixa, odkryty w roku 1915, a polegający na własnościach agglutynujących surowicy chorych na dur osutkowy pewnych szczepów prątka typu odmieńca (proteus). Najlepiej agglutynujący szczep został wyhodowany przez Weila i Felixa z moczu chorego na dur osutkowy i oznaczony X 19. Obaj autorowie na podstawie licznych badań doszli do wniosku, że odczyn ten wypada dodatnio prawie we wszystkich przypadkach duru osutkowego już z końcem pierwszego tygodnia. W miarę rozwoju sprawy chorobowej miano agglutynacyjne wzrasta, dochodząc do szczytu bezpośrednio po ustąpieniu gorączki, znika zaś w kilka tygodni po spadku ciepłoty. W niektórych przypadkach, zresztą bardzo nielicznych, surowica zatrzymuje w ciągu dłuższego czasu te własności agglutynacyjne, jak w przypadkach Szyfmanna, gdzie w rok po przebyciu duru osutkowego odczyn Weil-Felix'a, w jednym 1:100, w drugim 1:50, wypadł dodatnio. O tem pamiętać należy, aby uchronić się przed ewentualnym błędem djagnostycznym. Liczne badania wielu autorów potwierdziły wkrótce wielkie znaczenie rozpoznawcze odczynu Weil-Felix'a, co stwierdzają również bardzo liczne badania i na naszym materjale. Za miano rozpoznawcze my jednak uważać musimy przynajmniej rozcieńczenie 1:100; w rozcieńczeniu 1:50 występuje nie rzadko i u ludzi zdrowych. Szybkie wzrastanie początkowo niskiego miana w ciągu paru dni pozwala już na rozpoznanie duru osutkowego. Ujemne występowanie odczynu Weil-Felix'a spotykaliśmy w przebiegu ciężkich zakażeń. Otrzymywanie ujemnych wyników przez niektórych autorów, a między nimi i przez Karwackiego, a tem samem odmawianie temu odczynowi znaczenia rozpoznawczego, tłumaczyć chyba można tem, że może badania były robione w bardzo wczesnym okresie choroby. Zresztą szczep X 19, zależnie od źródeł, skąd pochodzi, niejednakowo agglutynuje, wielokrotne zaś przeszczepianie osłabia znacznie własności agglutynujące szczepu.

Specjalne znaczenie miał odczyn Weil-Felix'a dla nas w szpitalach wojskowych, skąd żołnierze po przebyciu duru osutkowego jako uodpornieni, przeznaczani bywają często do służby, podczas której w wielkim stopniu bywają narażeni na zakażenie, n. p. w szpitalach epidemicznych, pociągach, kolumnach epidemicznych itd. W przypadkach, gdzie lekka poronna forma duru nie pozwalała na stanowcze rozpoznanie, gdy chory dostanie się do szpitala późno, już po ustąpieniu skąpej osutki, wreszcie u ewakuowanych ze szpitali frontowych jako ozdrowieńcy, bez dostatecznych zapisków w karcie choroby, dodatni odczyn Weil-Felix'a pozwalał zawsze na skwalifikowanie takich ozdrowieńców jako uodpornionych przeciw durowi osutkowemu.

Nadzwyczaj rzadkie w chorobach zakaźnych zapalenie nerwu wzrokowego występuje często, prócz w zapaleniu opon mózgowych, także i w durze osutkowym. Arnold, który pierwszy zwrócił na to uwagę, stwierdził je na swym licznym materjale przeszło w połowie badanych przypadków. Pierwsze zmiany zauważyć można nie wcześniej, jak w 8 lub 9 dniu choroby, najwyższy rozwój przypada na początek spadku gorączki. Z ustąpieniem sprawy chorobowej zmiany na tarczy mogą szybko ustąpić, czasem utrzymują się 2—3 tygodni a nawet do 2-ch miesięcy. Stan ten zapalny mija bez śladu.

Histologiczne badanie różyczki duru osutkowego, której obraz mikroskopowy jest tak swoisty, należy również do bardzo pewnych pomocniczych środków rozpoznawczych. Sposób ten przez niemieckich lekarzy często używany, zaleca bardzo Grzywo-Dąbrowski. Technika przeprowadzania tego badania jest bardzo łatwa. Za pomocą ostrych nożyczek, jednak bez znieczulenia miejscowego, wycina się kawałeczek skóry, mieszczącej różyczkę, wkłada do słoiczka z 5% formaliną i przesyła do pracowni histologicznej. Rozpoznanie może być dokonane w ciągu kilku godzin, rozumie się w przypadku, gdy się ma do rozporządzenia pracownię anatomo-patologiczną.

Odczyn opaskowy opisany przez francuskich autorów w *peliosis rheumatica*, zalecany przez autorów niemieckich, przy rozpoznawaniu płonicy, jak również odry, oddaje czasem ważne usługi w zróżnicowaniu tego cierpienia od duru brzusznego, powrotnego lub influency, a więc chorób utrudniających często w początkach rozpoznanie duru osutkowego.

Technika tego odczynu jest następująca: kończynę górną przewiązuje się opaską gumową lub też bandażem powyżej łokcia tak, aby przy utrzymanem tętnie wywołać zastój żylny. Po 15—30 minutach opaskę się zdejmuje, rękę chorego unosimy do góry, aby wywołać odpływ krwi i w razie dodatniego wyniku widzimy, szczególnie po stronie zginaczy, w większej lub mniejszej ilości wybroczyny wielkości kropek, główki od szpilki i większe. Jeżeli przed wykonaniem tej próby na ręku była już różyczka, to wewnątrz plamek występują drobne wybroczynki. Niekiedy te wybroczyny występują dopiero w pewien czas później np. w pół godziny. Przypadki duru osutkowego, w których odczyn ten wypada ujemnie, należą do rzadkich, pamiętać jednak należy, że występuje on również w płonicy, odrze, a nawet w pewnych przypadkach duru brzusznego. Ujemny wynik duru osutkowego nie wyklucza. Odczyn ten nie należy do objawów wczesnych, występuje bowiem zazwyczaj dopiero na szczycie choroby i utrzymuje się 2—3 tygodni po spadku gorączki.

Silne potarcie skóry palcem w przebiegu choroby, częściej jednak w okresie zdrowienia, powoduje na miejscach potartych, zaczerwienionych, drobniutkie łuszczenie się, podobnie jak przy potarciu papieru gumką. Objaw ten, opisany i nazwany przez Brauera „Radiergummiphänomen", nie ma wybitnej wartości djagnostycznej dla duru osutkowego, nie występuje bowiem w każdym przypadku, a najczęściej zjawia się dopiero w okresie zdrowienia.

Przy możliwości ewentualnego wykorzystania wszystkich wyżej przytoczonych środków pomocniczych nie natrafi lekarz na trudności przy rozpoznawaniu duru osutkowego. Tam jednak, gdzie przeprowadzenie tych badań pomocniczych z jakiegokolwiek względu jest utrudnione, rozpoznanie często staje się trudne. Na trudności rozpoznawcze w pierwszym rzędzie natrafić możemy przy różniczkowaniu duru brzusznego i plamistego tem łatwiej, że obie te epidemje często przebiegają obok siebie, a nawet zdarzać się mogą przypadki podwójnej infekcji. Przeważnie nagły początek, eksplozyjny często niejako charakter wybuchu epidemji przy durze osutkowym, zachowanie się ciepłoty i tętna, czas i sposób występowania, umiejscowienie i wygląd wysypki, także pod względem histologicznym, wygląd języka, nastrzykanie spojówek, bolesność i kruczenie w okolicy ileocoecalnej, zachowanie się śledziony, objawy nerwowe, czas wystąpienia odczynu dwuazowego, odczyn Weil-Felix'a względnie Widala, posiew krwi, zachowanie się ilości i jakości ciałek białych, to wszystko momenta, których uwzględnienie ułatwi trafne rozpoznanie.

Na trudności rozpoznawcze natrafić możemy również przy durze wrzekomym A i B, w przebiegu których to chorób wystąpić może wysypka tak obficie, jak przy durze osutkowym, przybierając nawet charakter krwotoczny, a zjawić się ona może nawet w pierwszych dniach choroby. Wykazanie jednak prątków paratyfusowych we krwi i w stolcach, brak odczynu Weil-Felix'a, silne zaburzenia jelitowe, a także wynik histologicznego badania osutki, pozwoli na dobre rozpoznanie.

Podczas obecnej epidemji i z durem powrotnym liczyć się bardzo musimy, tu jednak wyraźny obrzęk śledziony, pewne swoiste żółtaczkowe zabarwienie skóry, brak osutki, a obecność krętka Obermeiera we krwi, umożliwi pewne i wczesne rozpoznanie. Pamiętać musimy jednak i o tem, że dur powrotny nie rzadko komplikuje osutkowy. Przypadków takich podczas obecnej epidemji mieliśmy bardzo wiele.

Nagminne zapalenie opon mózgowych szczególnie przypadki przebiegające z wysypką, nastręczać

mogą duże trudności rozpoznawcze, tembardziej że wysypka ta wyglądem i umiejscowieniem może być bardzo podobną do wysypki w durze plamistym. Gdy jednak wysypka w durze osutkowym rzadko zjawia się w dniu trzecim, najczęściej między 4 a 6 dniem choroby, to w nagminnem zapaleniu opon mózgowych występuje ona już z początkiem choroby, a więc pierwszego lub drugiego dnia. Sztywność karku, ten charakterystyczny objaw nagminnego zapalenia opon mózgowych, nie będzie nigdy tak wyraźnym w durze osutkowym. Zresztą badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, względnie odczyn Weil-Felix'a będzie pomocnym w rozpoznawaniu. W późniejszym okresie choroby, różniczkowe rozpoznawanie tych dwóch chorób, nie będzie nastręczało trudności.

W początkowych okresach odra, wyjątkowo także i płonica, mogą sprawiać trudności rozpoznawcze, dalszy jednak przebieg schorzenia, a z nim inne objawy kliniczne, charakterystyczne dla danej sprawy chorobowej, wyjaśnią wątpliwości.

Podobieństwo ospy do duru osutkowego może być w początkowych okresach dość duże. Nagły początek choroby, bóle mięśni, wysoka gorączka, 3. lub 4. dnia zjawiająca się wysypka, czasem nawet guzkowa, to objawy, które przemawiać mogą tak za ospą, jakoteż za durem osutkowym. Przemiana jednak guzków ospowych w krosty usuwa wątpliwości.

Prócz wyżej wymienionych chorób grypa, nieżytowe zapalenie gardła przebiegające z gorączką, ogólne zakażenie krwi, nietypowe przypadki zimnicy, wreszcie kiła w okresie wysypkowym, powikłana jakiemś innem cierpieniem, przebiegającem z gorączką, nastręczają w początkowych okresach trudności rozpoznawcze. Utrudniać mogą również często rozpoznanie pewne cierpienia skórne lub też wprost ciemne zabarwienie skóry nie pozwalające na dokładne obejrzenie skóry, a tem samem stwierdzenie, względnie skwalifikowanie ewentualnej wysypki. W tych wszystkich przypadkach możemy dopiero prawdziwie ocenić wartość wyżej przytoczonych środków pomocniczych.

Śmiertelność w durze osutkowym, podawana w licznych statystykach, z rozmaitych epidemji, waha się w szerokich granicach, gdyż w cyfrach od kilku do kilkudziesięciu procentów. To wysokie wahanie się cyfr śmiertelności tłumaczyć musimy albo opieraniem się na ogólnikach, albo obliczeniem odsetków śmiertelności z nielicznego materjału, lub też, co może najważniejsze, ze spostrzeżeń dotyczących osobników różnego wieku.

W rzeczywistości śmiertelność z duru osutkowego, aczkolwiek nie mała, nie osiąga wogóle tak wysokich liczb, jakby się przy pobieżnem przeglądaniu różnych statystyk wydawać mogło. Na odsetek śmiertelności ma wpływ cały szereg czynników. Odgrywa tutaj ważną rolę ciężkość danej epidemji, ów *genius epidemicus*, wpływający nietylko na śmiertelność, lecz także na częstość i jakość występujących powikłań, o czem przekonać się mogliśmy na naszym materjale. Bardzo ważnym momentem, od którego zależną jest śmiertelność, jest wiek chorych. Podczas, gdy we wieku dziecięcym lub młodzieńczym dur plamisty daje bardzo małą śmiertelność, to śmiertelność ta zwiększa się bardzo wyraźnie z wiekiem, tak, iż powyżej lat 40-tu choroba ta staje się bardzo niebezpieczną, tem groźniejszą, im więcej lat dany chory liczy. Cięższy przebieg choroby, a zarazem znacznie wyższy odsetek śmiertelności, spotykamy u ludzi inteligentnych w porównaniu do śmiertelności, między ludem wiejskim i wogóle ludźmi pracującymi fizycznie. Zwrócili na to uwagę już dawni lekarze angielscy, a w nowszych czasach potwierdza to Jürgens i Schwajcer, o czem zresztą każdy z lekarzy, mający sposobność leczenia większej ilości przypadków duru plamistego, dowodnie mógł się przekonać. Ta właśnie okoliczność tłumaczyć nam może wysoką śmiertelność pośród lekarzy zapadłych na dur osutkowy.

Ogólna śmiertelność w naszym szpitalu wynosiła 5·5%, jeżeli jednak obliczymy oddzielnie śmiertelność między oficerami, to wzrasta ona wybitnie, gdyż wynosi 13·3%, u lekarzy już 20%, najniekorzystniejszą zaś była dla sanitarjuszek, gdyż wynosiła 29%. Ta ogólna śmiertelność 5·5% nie jest zbyt wysoką, jeżeli się uwzględni tę okoliczność, iż olbrzymia większość chorujących, to żołnierze przywiezieni z frontu, a więc ludzie przez trudy wojenne pod względem fizycznym i nerwowym ogromnie wyczerpani, a tem samem mało odporni.

Rokowanie w przebiegu duru osutkowego opiera się głównie na wieku chorego, ogólnym stanie jego zdrowia, a wreszcie ciężkości zakażenia, które uzależnione jest od mniej lub więcej złośliwego charakteru panującej epidemji. Nigdy na podstawie początkowego przebiegu choroby nie możemy sądzić o jej dalszym rozwoju. Poszczególne objawy chorobowe same przez się nie mogą nam dać żadnych pewnych danych prognostycznych. Nie jest miarodajnem samo zachowanie się ciepłoty, gdyż przypadki ze stale utrzymującą się bardzo wysoką gorączką mogą mieć przebieg korzystny w przeciwstawieniu do innych, kończących się śmiercią, w których ciepłota w czasie całej choroby nie przekraczała n. p. 39° C. Także jakość i ilość wysypki nie świadczy o stopniu zakażenia. Przypadki o skąpej wysypce mogą mieć przebieg bardzo ciężki i kończyć się śmiercią, jak z drugiej strony z obfitą wysypką przebiegają niekiedy względnie łagodnie. Na ogół jednak skąpa wysypka przemawia raczej za lekkim przebiegiem choroby w przeciwieństwie do przypadków z obfitą wysypką o charakterze petociowym. Zawsze rokować powinniśmy poważnie w przypadkach skazy krwotocznej, gdzie obok obfitej wysypki krwotocznej tworzą się od najmniejszego nawet ucisku duże wylewy krwawe w skórze, tkance podskórnej lub też w narządach wewnętrznych.

Wielką wartość w rokowaniu ma zachowanie się układu krwionośnego. Silne przyśpieszenie i niemiarowość tętna, złe i nierównomierne wypełnienie tętnic, nagły spadek ciśnienia krwi, a wreszcie zjawiająca się sinica — to wszystko objawy, wskazujące na poważne uszkodzenie układu krwionośnego a tem samem każące rokować niepomyślnie. I w takich przypadkach jednak szczególnie pod wpływem środków nasercowych, nastąpić może poprawa.

Ciężkie objawy mózgowe tak częste przy durze osutkowym, nie muszą wpływać ujemnie na prognozę. Głęboka jednak nieprzytomność, ruchy pląsawicze, drżenie, *„flexibilitas cerea"*, złe oddziaływanie źrenic na światło, a szczególnie zwężenie źrenicy, to wszystko objawy niepomyślne, świadczące o ciężkiem zakażeniu, nie muszą jednak prowadzić do zgonu.

Poważnie rokować każą wszelkie powikłania ze strony płuc, jak również ze strony nerek, szczególnie u osób starszych, powyżej lat 40-tu.

Widzimy więc, że rokowanie w durze osutkowym jest bardzo trudne. Przypadki, o przebiegu względnie łagodnym, szczególnie w ciągu drugiego tygodnia, mogą w kilku lub kilkunastu godzinach uledz gwałtownemu pogorszeniu, a wreszcie skończyć się katastrofą. To też, jak wspomniałem, z poszczególnych objawów wniosków prognostycznych wyciągać nie powinniśmy. Tylko wszystkie objawy razem wzięte, dobry ogólny wygląd i zachowanie się chorego pozwalają nam rokować korzystnie, chociaż i w tych przypadkach przygotowani być musimy na ewentualne przykre niespodzianki.

Zapobieganie: Z chwilą stwierdzenia przez Nicola bez wszelkich wątpliwości faktu, iż wesz, jak to już poprzednio przypuszczano, jest jedynym przenosicielem zarazka duru osutkowego z jednego człowieka na drugiego, wszelkie środki zapobiegawcze muszą iść w tym kierunku, aby się zabezpieczyć przed temi pasorzytami.

Nie będę tu mówił o profilaktyce ogólnej, społecznej, wspomnę tylko o postępywaniu i środkach ostrożności, jakie zastosować należy w szpitalach i zakładach sanitarnych. W pierwszym rzędzie rozchodzi się tu o lekarzy i personal sanitarny, którzy przedewszystkiem mając ciągłą a bezpośrednią styczność z chorymi, narażeni są ustawicznie na niebezpieczeństwo zakażenia. Tutaj znowu sprawa przedstawia się różnie, zależnie od tego, czy mamy do czynienia z chorymi oczyszczonymi, bezwzględnie odwszonymi, czy też z chorymi mniej lub więcej zawszonymi.

W pierwszym przypadku jakieś środki ostrożności są do pewnego stopnia zbędne. Lekarz przy pomocy odpowiednio wychowanego personalu musi jedynie zwracać uwagę na to, by na salach chorych panowała idealna czystość, by często

zmieniano pościel i bieliznę, by wietrzono i odkażano materace a zwłaszcza sienniki, by podłoga była często zmywana jakimś płynem odkażającym. Wszystkie te środki ostrożności będą w możności zapobiedz pojawieniu się wszy u chorych w tych przypadkach, w których wskutek niezupełnego odwszenia dostały się przecież one na salę chorych. Pamiętać bowiem musimy, że dokładne odwszawienie, oczyszczenie chorych, jak doświadczenie nas pouczyło, nie zawsze jest rzeczą łatwą. Zawszawienie dochodzić może w pewnych warunkach do nieprawdopodobnych wprost granic. Przychodziły czasem do naszego szpitala większe transporty chorych, idące wprost z frontu, a przedewszystkiem jeńcy ukraińscy lub bolszewiccy, z pomiędzy których niektóre osobniki (a liczba takich bywała nieraz dość znaczna) były na skórze, bieliźnie jak również wierzchniem ubraniu pokryte niejako szarawą warstwą, składającą się z niezliczonych egzemplarzy wszy i gnid. Jednorazowe oczyszczenie chorych, jednorazowa kąpiel w takich przypadkach absolutnie nie wystarcza.

Przy tworzeniu naszego szpitala, który urządzony został na 1400 łóżek, starania szły w pierwszym rzędzie w tym kierunku, aby urządzić celowi odpowiadającą łazienkę i zakład dezynfekcyjny. Chorzy przysłani do szpitala dostają się do niego osobną bramą, prowadzącą wprost do budynku mieszczącego łazienki. Tu chorego rozbiera się, strzyże maszynką włosy na głowie, wzgórku łonowym i pod pachami, a w razie silniejszego zarostu, na tułowiu i na kończynach dolnych, następnie kąpie się go w ciepłej wodzie, używając obficie mydła i szczotki. Po kąpieli przenosi się chorego do ubikacji już »czystej«, gdzie skórę chorego w całości naciera się naftą, przedewszystkiem skórę głowy, okolicę wzgórka łonowego i pach, aby ewentualnie zniszczyć lub mechanicznie usunąć wszy lub też gnidy, pozostałe na chorym pomimo kąpieli. Ze wszystkich środków polecanych w tym celu, nafta okazała się najlepszą, przytem ma i te zalety, iż jest środkiem tanim i łatwym do otrzymania. Po tych wszystkich zabiegach, chory ubrany w świeżą czystą bieliznę, przeniesionym zostaje na oddział chorych, bielizna zaś jego i ubranie poddawane ścisłemu odkażeniu parowemu, zaś części ubrania ze skóry odkażeniu przez ogrzane suche powietrze.

Pomimo tych wszystkich zabiegów, pomimo pewnego i wyszkolonego personalu, chorych silnie zawszonych nie zawsze udawało się jednorazową kąpielą bezwzględnie odwszawić. To też personal pielęgniarski pouczany był i upominany w tym kierunku, aby w pierwszym rzędzie pilną zwracał uwagę na czystość świeżo przyjętych chorych, by módz po stwierdzeniu u nich pojedyńczych okazów wszy, natychmiast powtórzoną kąpielą odwszawienie uzupełnić.

Pomimo ścisłego przestrzegania tych wszystkich prawideł, mieliśmy cały szereg zachorowań pomiędzy personalem sanitarnym, wypadki te były jednak następstwem niemożności wypełnienia zawsze tych warunków, o których powyżej wspomniałem.

Od kwietnia 1919 roku, tj. od czasu kiedy celowo zbudowana łazienka i urządzona odwszalnia, pozwalała na oczyszczanie i odwszawianie chorych przysłanych do szpitala, zapadło na dur osutkowy przez cały czas istnienia szpitala trzech studentów medycyny pełniących służbę w szpitalu i jedenaście sanitarjuszek. Studenci medycyny zakazili się w izbie przyjęć, mając do czynienia z chorymi jeszcze nieodwszawionymi, sanitarjuszki uległy zakażeniu pełniąc służbę na sali chorych, powód więc tego zakażenia należałoby wyjaśnić.

Dziewięć sanitarjuszek zachorowało w ciągu miesiąca grudnia 1919 roku i to w pierwszej połowie miesiąca. Dur osutkowy wystąpił niejako epidemicznie wśród naszych pielęgniarek. Przyczyna tego była widoczna. Z końcem listopada i początkiem grudnia, na przeciąg prawie dwóch tygodni stanęła z powodu braku węgla, pralnia wojskowa, w następstwie czego szpital pozostał bez czystej bielizny. Napływ chorych był w tym czasie bardzo silny, zaś zmiana bielizny mogła się odbywać w minimalnych tylko rozmiarach. Staraliśmy się złemu zaradzić przez częste odkażanie sienników i materaców, a nawet przez odkażanie używanej bielizny, rozdzielanej znowu pomiędzy chorych, środki te pomocnicze nie wystarczały jednak w zupełności, gdyż wszy tu i ówdzie poczęły się zjawiać na salach chorych. Na złe skutki braku potrzebnej ilości czystej bielizny długo nie potrzebowaliśmy czekać. W przeciągu około trzech tygodni zachorowało dziewięć sanitarjuszek. Endemia ta skończyła się z chwilą otrzymania większej ilości czystej bielizny po uruchomieniu pralni, gdy zawszawienie chorych dało się w zupełności usunąć.

Od grudnia 1919 roku po koniec kwietnia 1921 roku zachorowały tylko dwie sanitarjuszki, nawiasowo zaś dodać muszę, że procent uodpornionych między naszemi pielęgniarkami był bardzo mały.

Lekarze jednak, którzy stykać się muszą z chorymi zawszawionymi, jak również personal sanitarny zajęty przy rozbieraniu, strzyżeniu i kąpaniu chorych, a także przy dezynfekcji ubrań i bielizny, zabezpieczać się muszą w ten sposób, aby wszy nie mogły się dostać do ich skóry. Do tego celu służą rozmaite rodzaje kostjumów, polecane przez wielu lekarzy francuskich i niemieckich, których zadaniem jest ścisłe osłonięcie ciała i przeszkodzenie w ten sposób dostaniu się wszy do skóry danego człowieka. Te rozmaite rodzaje kostjumów odpowiadają następującemu typowi: ubranie w rodzaju worka, podobne do ubrania nurków sporządzane z materjału gumowanego lub też z batystu Billrotha, w które wsuwa się obute nogi, na głowie zaś ubranie to kończy się ściśle przylegającym kapturem. Niektórzy zalecają prócz tego maskę na twarz. Nogawki nad kostkami powinny ściśle przylegać, jak również rękawy nad napiąstkiem. Na nogi ubiera się wysokie kalosze lub, co lepiej, wysokie buty gumowe, na ręce gumowe rękawiczki. W razie braku podobnego ubrania dobre usługi może oddać również płaszcz gumowy z materjału gładkiego, lśniącego; na gładkiej powierzchni bowiem płaszcza wesz utrzymać się, względnie wędrować nie może. Do kostjumu tego należałyby i długie buty.

Polecano również, w celach zabezpieczenia się przed ukąszeniem wszy, noszenie na szyji woreczków, wypełnionych rozmaitemi olejkami eterycznemi, naftaliną, kamforą wcieranie sproszkowanej siarki w bieliznę, lub też posypywanie ciała naftaliną, nacieranie olejkiem anyżowym, maścią, octem lub nalewką sabadilli i wiele innych tego rodzaju środków, których wyliczać nie będę. Najwięcej skutecznym miał okazywać się paradichlorbenzol jakoteż puder trikresolowy polecany przez Herxheimer'a, używanie tych środków bowiem miało zmniejszyć wybitnie liczbę zachorowań między personalem sanitarnym w pociągach infekcyjnych. Środki te mogą w pewnych warunkach być pomocne, gdyż, aczkolwiek nie są w stanie zabić, to jednak zmusić wesz do opuszczenia atakowanego osobnika.

Najwięcej jednak odpowiadającem celowi będzie używanie do pracy przy chorych zawszonych, o ile możności, personalu uodpornionego przeciw durowi osutkowemu, jak my czynimy w naszym szpitalu, gdyż wtedy niebezpieczeństwo zakażenia odpada, co zarazem odbija się dodatnio na pracy.

Szereg autorów, a między nimi Klempfner i Pečirka starali się zabezpieczyć osoby, mające styczność z zawszawionymi chorymi na dur osutkowy, przed ukąszeniem wszy a tem samem przed zakażeniem, zmieniając krew danych osób w ten sposób, aby ona nie smakowała temu pasorzytowi. Do tego celu używano chininy, a podając ją przez dni 20 po 0·20 grama lub też przez dni 12 po 0·50 gr osiągano ten rezultat, iż wszy, którym krew zmieniona przez chininę nie nadawała się na pokarm, opuszczały niegościnnego gospodarza. Na osiągnięte w ten sposób wyniki, na podstawie dotychczasowych doświadczeń, patrzeć należy może jednak sceptycznie.

Uodpornienie czynne, zapomocą zinaktywowanej surowicy krwi chorych lub też surowicy ozdrowieńców, stosowane w armji tureckiej, miało dawać również dobre wyniki, dotychczasowe jednak doświadczenia nie uprawniają do dalej idących wniosków.

Możność uzyskania dziś Rickettsji Prowazeki w znaczniejszych, ściśle oznaczyć się dających liczbach, za pomocą sztucznego zakażania wszy, co zastępuje w pewnym stopniu sztuczną hodowlę, pozwala dziś na sporządzanie szczepionek.

Próby wykonane dotychczas ze szczepionką, w ten sposób sporządzoną, na świnkach morskich, dały wyniki niezgodne, jednak zachęcające. Rozumie się, że wyniki, otrzymane ze stosowania szczepionki u świnek morskich, nie mogą stanowić o wartości tych szczepionek u człowieka. Tylko doświadczenia na człowieku mogą rozstrzygać o wartości szczepionki ochronnej, sporządzonej z Rickettsji Prowazeki. Dotychczas doświadczenia te są bardzo nieliczne, a wykonane zostały szczepionką sporządzoną przez Rocha Limę i Marlini'ego, jakoteż przez Weigla; wyniki zachęcają do dalszych doświadczeń w tym kierunku.

Prócz prac i doświadczeń nad szczepionkami ochronnemi za pomocą Rickettsji, prowadzone są intenzywne badania nad uzyskaniem surowicy leczniczej ze zwierząt uodpornionych Rickettsjami, o ile mnie jednak wiadomo, to badania te nie wyszły jeszcze po za granicę doświadczeń.

Leczenie: Jakiegoś specyficznie działającego środka w durze osutkowym dotychczas niestety nie znamy. Już wielka ilość i różnorodność sposobów i środków polecana przez różnych autorów, a mająca dawać dobre wyniki lecznicze w durze osutkowym, świadczy dowodnie o niepewności ich działania. Ideałem byłoby leczenie oparte na własnościach drobnoustrojów wywołujących to cierpienie i w tym też kierunku idą obecnie badania, na razie jednak jak dotychczas bez dodatnich wyników.

Nicolle i Blaizot z instytutu Pasteur'a w Tunisie wykorzystali możność wywołania doświadczalnego duru osutkowego u zwierząt, aby uzyskać surowicę swoistą. Surowicę tę przygotowano z osła i z konia, którym zastrzykiwano zawiesinę ze śledziony i nadnerczy świnek morskich zakażonych durem osutkowym. Opublikowane spostrzeżenia leczenia tą surowicą nie upoważniają do wysnuwania żadnych wniosków co do dodatniego swoistego działania tej surowicy, raczej dojść można do wniosków ujemnych — w każdym razie spostrzeżenia te pozostały, jak dotychczas, w ramach doświadczeń.

Stwierdzenie doświadczalnie, iż jad duru osutkowego krąży we krwi, nasunęło przypuszczenie, czy we krwi ozdrowieńców po durze osutkowym nie znajdują się jakieś ciała ochronne, które mogłyby być praktycznie wyzyskane bądź to w celach leczniczych, bądź to zapobiegawczych. Przeprowadzone w tym kierunku badania Nicolle'a jakoteż Hamdi'ego wykazały, że surowica ozdrowieńców po durze osutkowym tak zwierząt jakoteż i ludzi posiada własności zapobiegawcze, brak jej jednak własności leczniczych.

Escluse i Legrain, a niezależnie od nich Kabelik, polecają leczenie za pomocą wstrzykiwań krwi ozdrowieńców po durze osutkowym. W tym celu Kabelik wstrzykuje wśródżylnie choremu na dur osutkowy 20 ccm krwi, uzyskanej od ozdrowieńca, z dodatkiem 2 ccm 4% rozczynu *natrium citricum*. Leczenie tego rodzaju, zastosowane u chorych z początkiem choroby przed wystąpieniem osutki, ma powodować szybkie ustąpienie stanu gorączkowego, jak autor się wyraża jako *„therapia magna sterilisans“*; rozpoczęcie tego rodzaju leczenia w późniejszym okresie choroby, po wystąpieniu osutki, czyni przebieg łagodniejszym jakoteż skraca czas choroby.

Dobre działanie surowicy widział w swoich przypadkach Nordt, stosując ją dożylnie w ilości 60 do 80 gr., natomiast Mathes nie miał żadnych wyników, nawet stosując większe dawki, mianowicie po 100 gr, dożylnie lub wśródmięśniowo.

Rösler zaleca leczenie własną surowicą chorego, a więc autoseroterapję. Wstrzykując wśródżylnie 1 ccm własnej surowicy chorego, uzyskiwał po każdem wstrzyknięciu wystąpienie potów, poprawę stanu podmiotowego, poprawę akcji serca. Po wykonaniu 5-ciu wstrzykiwań miał następować stan bezgorączkowy. Liczba leczonych przez niego w ten sposób przypadków była bardzo skromna, gdyż leczenie to stosował tylko u trzech chorych.

Dobrych wyników dopatruje się Roubitschek przy stosowaniu wstrzykiwań podskórnych surowicy końskiej w dawkach 1—3 ccm. Stosując tego rodzaju leczenie u 25 chorych, widział, w połowie przypadków, dodatni wpływ na przebieg ciepłoty i ciężkość ogólnych objawów, jakoteż skrócenie trwania choroby do dni 14-tu. Wobec tego, iż dur osutkowy przeciętnie trwa nie dłużej jak dni 14, trudno uważać ten objaw jako dodatni wynik działania surowicy.

Mollo miał mieć dobre wyniki lecznicze przy użyciu uczulonej szczepionki durowej Besredki, którą w ilości 0·4 gr stosował podskórnie, a także i dożylnie. (Dok. nast.).

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Archives of Internal Medicine.
T. 29. Nr. 3. Marzec 1922.

F. W. Peabody i C. C. Sturgis. **Badania kliniczne nad oddychaniem.** (C. d. p. Nr. 27. P. G. L.). Dla zrozumienia mechanizmu duszności przy chorobach serca, oznaczyli autorzy u 11 zdrowych i 11 chorych z wyrównanemi wadami sercowemi przemianę materji, stosunki ilościowe przy oddychaniu i zachowanie się tętna podczas spokoju i podczas prac fizycznych różnego nasilenia. Okazało się, że w spokoju chorzy zużywają o 12% więcej tlenu niż zdrowi, ogólna przemiana materji jest więc nieco zwiększona, autorzy tłumaczą ją większą pracą mięśni oddechowych i nerwowością chorych; po wysiłkach zaś przemiana materji zdrowych i chorych naogół już była jednakowa. Iloraz oddechowy w spoczynku u obu grup był niski, po rozpoczęciu pracy spadał i po przerwaniu jej jeszcze pozostawał niski, odmiennie, niż w doświadczeniach Krogha i Linharda, którzy znaleźli znaczny wzrost po rozpoczęciu ciężkiej pracy i tłumaczą to nie zwiększeniem przemiany materji, ale nadmiernie zwiększoną wentylacją. Różnica polega może na tem, że K. i L. oznaczali iloraz oddechowy po bardzo ciężkiej pracy.

Ilość powietrza na minutę wdechiwanego wynosiła o37% więcej u sercowo chorych na m^2 powierzchni ciała; po wysiłkach wzrost względnie jednakowy w obu grupach; w pierwszej chwili spoczynku po pracy ilość powietrza dalej wzmożona połączona z uczuciem duszności; po dłuższym spoczynku ilość powietrza spada nagle u zdrowych, u chorych daleko wolniej.

Ilość oddechów w minucie jest u chorych naogół daleko większa (17.26 średnio, u zdrowych 12.20 śr.) chorzy pozatem oddychają głęboko (mn. w. o25% płytszy oddech w obliczeniu na powierzchnię ciała). Wysoka ilość powietrza w min. wdechiwanego łączy się z szybkiemi a płytkiemi oddechami; zwiększenie się martwej przestrzeni w górnych odcinkach oddechowych podczas płytkiego oddychania zmusza chorego do szybszych oddechów, a tem powoduje zwiększoną ilość w minucie wdechiwanego powietrza.

Ilość tętna u chorych jest naogół większa, wzrasta u obu grup po pracy (u chorych nieco więcej), po przerwaniu pracy spada szybciej u zdrowych do normy; po silniejszym wysiłku ilość tętna u zdrowych zachowywała się jak u chorych po słabym wysiłku, bardziej powoli spadała do normy, podczas gdy u chorych jeszcze dłużej utrzymywała się na wyższym poziomie.

Powstaje pytanie, dlaczego u chorych są płytsze oddechy, gdyż pojemność życiowa płuc jest u nich naogół niezmniejszona. Można to tłumaczyć przekrwieniem naczyń płucnych (Drinker, Peabody i Blumgart), utrudniającem głębokie wdechy. Wielką duszność, utrzymującą się jeszcze po przerwaniu pracy, tłumaczy równocześnie niski iloraz oddechowy niedostatecznem usuwaniem CO_2 z organizmu. Ponieważ płuca są najzupełniej zdolne do usuwania CO_2, o czem świadczy wzmożenie się ilości powietrza przez płuca przechodzącego, przyczyna leży w niedomodze krążenia, zatrzymującej zbyt długo w ustroju pewne toksyny, później zaś drogą działania na ośrodek współczulny wywołującej przyśpieszenie tętna, a tem pewne wyrównanie w wydalaniu CO_2.

J. F. Weir, E. E. Larson i L. C. Rowntree. **Badanie nad moczówką prostą, równowagą wodną i zatruciem wodnem.** Autorzy zbadali dokładnie 15 przypadków moczówki prostej, z tego 9 przypadków z etjologją nieznaną, 4 o podłożu kiłowem, 2 z guzami mózgowemi. W dwóch przypad-

kach sprawa zaczęła się nadmiernem pragnieniem, w innych najpierw okazała się poliurja. Wpływy miejscowej suchości w gardle i niewydzielania gruczołów ślinowych na powstawanie pragnienia (Cannon) starano się bez skutku usuwać kokainizacją gardła i pilokarpiną, widocznie czuciowe unerwienie obwodowe nie gra tu roli. W narządzie moczowym anatomicznie i czynnościowo nie znaleziono żadnych zmian. We wszystkich przypadkach wyciąg tylnego płatu przysadki wywarł kilka dni trwający znaczny wpływ, w lekkich przypadkach obniżając ilość moczu do normy, w ciężkich znacznie ją zmniejszając. Równocześnie wzrastał c. g. i zaczęło się pocenie, dotąd nieobecne; chorzy zaczynali nieznosić wody i po szklaneczce już odczuwali wrażenie pełni w brzuchu, wprost przeciwnie jak przed leczeniem, kiedy to chorzy wodę łatwo spijali litrami. Histamina, nakłucie lędźwiowe (przez niektórych polecane), ani leczenie przeciwkiłowe w odpowiednich przypadkach nie wywarło żadnego wpływu. Powstrzymanie się od picia wody wywarło wpływ tylko w jednym przypadku, naogół przynosi chorym tylko ogromne cierpienia. Badanie przemiany materji i krwi nie wykazało charakterystyczniejszych zmian, ani przed ani po podawaniu pituitryny. Widocznie przemiana wodna nie odbija się na krwi, a pituitryna kieruje wodę do tkanek. Celem lepszego zrozumienia sprawy poczyniono eksperymentalne badania na psach. Okazało się, że pituitryna zmniejsza diurezę, a to niezależnie od unerwienia nerek, wycięcie bowiem obustronne nerwów trzewnych nerek nie wywiera żadnego wpływu. Częste podawanie wody może znów znacznie zwiększyć diurezę.

Okazało się dalej, że bardzo częste podskórne wstrzykiwanie pituitryny i równoczesne podawanie wody mogą doprowadzić do zbioru objawów »zatrucia wodnego«: osłabienia, niepokoju, częstego moczenia, drgawek, wymiotów, biegunek, ślinienia, kurczów padaczkowatych, niemiarowości, śpiączki, i zgonu. Najprawdopodobniej pochodzą drgawki i ślinienie wprost od działania wody, inne od pituitryny. (Podobne objawy widzieli już Cohnheim i Lichtheim po dożylnem wstrzyknięciu soli fizjologicznej w ilości odpowiadającej 90% wagi ciała. Amberg widział drgawki u człowieka po wypiciu 2,3 litr. wody, a Schäfer i Vincent widzieli objawy porażenia po wstrzyknięciach p. pod skórę małych ssaków). Objawy powyższe powstawały też po odnerwieniu nerek. Pośmiertne zmiany polegały tylko na przekrwieniu wątroby i nerek. Mózg był prawidłowy, tkanki bez obrzęków. Na razie nie można jeszcze oznaczyć mechanizmu tych objawów, ani pituitryna ani woda sama objawów tych nie wywołuje. Zjawiska są podobne jak przy mocznicy, niema jednak podwyższenia azotu niebiałkowego. Obrzęk mózgu jest możliwy, nie stwierdzono go jednak autoptycznie. Wzmożone przy zatruciu wodnem ciśnienie krwi jest ciekawe, nie tłumaczy jednak objawów. Można raczej myśleć o stanie eklampsji, lub odruchu z przewodu pokarmowego, gdyż czasem wybijają się na pierwszy plan odbijania i stranguria.

G. Fahr i E. Ronzone. **Wyrównawcze krążenie przy niedomodze tlenowej krwi w ciężkiej niedokrwistości.** Autorzy zastanawiali się nad zagadnieniem, dlaczego chorzy ze złośliwą niedokrwistością, mając tak mało oksyhemoglobiny, nie odczuwają duszności, i nie mają innych objawów anoksemji, jak kwaśnicy, przyśpieszenia tętna i zwiększonej przemiany materji. Obliczenia wykazały, że niską ilość tlenu we krwi wyrównywa wzmożona o 250% ilość krwi w minucie ze serca wyrzucona, zmniejszenie lepkości, a z tem szybszy ruch krwi i zwężenie naczyń włosowatych (widziane w kapillaromikroskopie), powodujące mniejszy przepływ krwi przez obwód, przyczyniając się tem do znacznej bladości skóry. Spostrzeżenia zaś pewne pozwalają wnosić o znacznie zwiększonem krążeniu w tętnicach wieńcowych, tak jak przy ciężkiej pracy. Serce pracuje wtedy w sposób dość nasilony, a każdy większy wysiłek może spowodować zaburzenie w wyrównaniu i anoksemję mięśnia. Zmiany pośmiertne w mięśniu sercowym tak częste można tedy tłumaczyć niedotlenieniem tkanki sercowej.

G. R. Herrmann i M. T. Burrows. **Dotąd nieopisany guz na podstawie tętnicy głównej.** Opis ciekawego przypadku spostrzeganego klinicznie i autoptycznie. Za życia chory z anamnezą kiłową wykazywał postępującą niedomogę mięśnia sercowego (naprzemian trzepotanie, migotanie i blok) z głównem upośledzeniem czynności przedsionków. Rentgenem stwierdzono w 5 międzyżebrzu cień okrągły szeroki na 11 cm. od linji środkowej, od aorty niezależny; inne objawy wskazywały też na guz w górnej części śródpiersia. Podczas sekcji znaleziono guz wielkości i kształtu pomarańczy koło ujścia lewej tętnicy wieńcowej, uciskający przedsionki; obraz anatomiczny przemawiał za tętniakiem nieprawidłowo umiejscowionej tętniczki sercowej. Guzy sercowe tego rodzaju są bardzo rzadkie, częstsze są zastawkowe, wśródmięśniowe, wśródkomorowe i osierdziowe. Rozpoznanie ma pewne znaczenie praktyczne, gdyż czasem można wykonać zabieg chirurgiczny. Ostatnio wyciął Tuffier dermoid (przez Vaqveza rozpoznany jako torbiel) wielkości dwóch pięści, przylepiony do aorty, a sprawiający objawy dusznicy bolesnej, które po operacji zniknęły. Etjologja przypadku autora jest ciemna, prawdopodobne jest podłoże zapalne na tle kiłowem.

L. F. Rettger i H. A. Cheplin. **Prątek kwasochłonny (b. acidophilus) i jego stosowanie lecznicze.** »B. acidophilus«, opisał po raz pierwszy Moro w r. 1900. Jest to duży prątek podobny do »b. bulgaricus« Massol'a. Według Moro znajduje się on w jelitach dzieci, żywionych tylko mlekiem matczynem, prawdopodobnie razem z »b. bifidus« Tisiera. Dodany do mleka krowiego powoduje fermentację kwaśną, wytwarza jednak mniej kwasu (1%), niż b. bulgaricus. W odróżnieniu od tego, może stale mieszkać w jelitach, a przy sprawach chorobowych, w których inne drobnoustroje zajmują jego miejsce i powodują ciężkie zaburzenia t. zw. »autointoksykacji«, można go wprowadzić z mlekiem lub laktozą i wykazywać potem stale we florze jelitowej. Najlepszym preparatem okazał się mleczny. (Szczegółowy opis przyrządzania dodany). Autorzy otrzymali bardzo dobre wyniki podając 1000 ccm. mleka przy przewlekłem zaparciu z autointoksykacją, przewlekłych biegunkach poczerwonkowych, nieżycie okrężnicy i wypryskach na tle zastoiny jelitowej. Stwierdzono wszędzie zmianę flory jelitowej w kierunku przewagi *bac. acidophilus*.

W. H. Olmsted i L. P. Gay. **Badania nad krzywemi cukru we krwi po spożyciu oznaczonej ilości cukru gronowego.** Autorzy przy wszystkich próbach podawali 1.75 gm. cukru na 1 kg. wagi ciała i oznaczali ilość cukru we krwi przed, i w 1, 2, 3 godz. po spożyciu cukru. Prawidłowo ilość cukru podnosi się po 1 godz. do 0.14 — 0.19%, w 2 g. spada do 0.08 — 0.12%, w trzeciej wraca do normy. Krzywe nieprawidłowe mogą być hiperglikemiczne, a nawet hipoglikemiczne, które mogą powstać z powodu opóźnionej resorbcji cukru (prawdopodobnie przy niedomodze przysadki) lub zwiększonej glikogenezy (przy niedomodze tarczycy). Hiperglikemiczne krzywe widziano przy rakach przewodu pokarmowego z przerzutami, wstrzykiwaniu obcego białka i różnego rodzaju zatruciach. Jady działają prawdopodobnie na zaczyny w wątrobie i mięśniach, nadnercze lub wprost na ośrodki mózgowe. Przy nadczynności tarczycy krzywa podnosi się bardzo wysoko i szybko spada. Wysokość jej nie idzie równolegle ze wzrostem przemiany materji (Janey). Nagły spadek jest uwarunkowany szybkiem spaleniem cukru. Wynikają z tego dwie zasady dla djetetyki ch. Basedowa: 1) podawać dużo węglowodanów celem zaoszczędzenia białka, ale 2) podawać je w małych ilościach, a za to często, celem uniknięcia hiperglikemji. Przy niedomodze tarczycy krzywe są niskie i podnoszą się po leczeniu tyreoidyną. Przy akromegalji krzywa jest wysoka, odwrotnie przy niedomodze przysadki. Przy lekkiej cukrzycy krzywa podnosi się i przez długi czas się utrzymuje dość wysoko. Łatwo odróżnić cukrzycę nerkową, przy której krzywa jest bardzo niska, tak jak przy ch. Addisona. Ponieważ według Cannona ból, podniecenie i obawa powodują u zwierząt cukromocz drogą przez nadnercze, autorzy badali też szereg umysłowo chorych i znaleźli średnio wysokie, powoli spadające krzywe u chorych z hipochondrją i maniakalną depresją. Przy histerji znaleziono mniej więcej prawidłowe, przy neurastenji i dementia praecox zaś różnego rodzaju krzywe. Naogół można stwierdzić, że do glikogenezy potrzebny jest hormon trzustki (może

i ciałek przytarczycznych), glikogenolizę zaś powodują: 1) zwiększenie się ilości zaczynów w mięśniach, wątrobie lub krwi, np. w kwaśnicy nerkowej i głodowej, 2) zwiększenie się ilości hormonu tarczycy, 3) hormonu części nerwowej przysadki, 4) czynności układu chromo-chłonnego jakoto: a) odruchy z mózgu, obwodu i trzewi, b) obecność we krwi pewnych jadów np. przy zakażeniach, nowotworach złośliwych, niedokrwistości złośliwej, białaczce, 5) pojawienie się jadów wymienionych pod 4b) we krwi, a działających wprost na magazyny glikogenu w wątrobie i mięśniach.

Ziemilski. (Lwów).

La Presse Médicale.
Nr. 72. 1921.

Paulian i Bagdasar. **Przyczynek do leczenia objawów parkinsonizmu.** W przebiegu nagminnego zapalenia mózgu *(encephalitis)* autorzy w klinice prof. Marinesco stosowali z dobrym wynikiem bromek skopolaminy przeciwko objawom parkinsonizmu. Stosowali ten środek podskórnie w dawce $^1/_2$ miligrama. W jednym przypadku chora miała silną rwę kulszową, drgawki rytmiczne w szczęce dolnej, wygląd parkinsonowski, mimowolne ruchy zginania i prostowania stopy lewej. Zastrzykiwania morfiny nie przynosiły ulgi. Skopolamina prawie natychmiastowo usuwała powyższe objawy. W innym przypadku skopolamina w ciągu 20 minut usunęła objawy parkinsonizmu połączone z pląsawicą połowiczną bardzo bolesną. Działanie trwa od 3—12 godzin, rzadko należało powtarzać zastrzykiwania w ciągu doby. Autorzy przytaczają jeszcze trzy szczegółowe historje przypadków, w których skopolamina okazała się skuteczną, nie wywołując żadnych nie pożądanych objawów ubocznych. Należy przypomnieć, że hyoscjamina (skopolamina) oddawna była stosowaną w chorobie Parkinsona (Charcot). Babiński uważa hyoscinę jako środek swoisty. Tenże autor ogłosił niedawno (Soc. de Neurol. 5/V. 1921) przypadek wyleczenia za pomocą skopolaminy dziecka, dotkniętego zespołem parkinsonowskim w następstwie nagminnego zapalenia mózgu.

Nr. 87. 1921.

J. Rouillard. **Podobieństwo jadów opryszczkowego i nagminnego zapalenia mózgu.** *(Virus herpétique et v. encéphalique).* Doświadczenia Grutera (1913), Löwensteina (1919) oraz Doerr'a i Vöchtinga nad jadem, zawartym w pęcherzykach opryszczków *(herpes)*, a także badania Levaditi i Harviera nad jadem nagminnego zapalenia mózgu *(encephalitis)*, otrzymanym z zawiesiny mózgów ludzi, zmarłych na *encephalitis epidemica*, doprowadzają do wniosków, że jady te są identyczne. Aczkolwiek wytwórcy tych jadów (wzgl. bakterje) są nam dotychczas nieznani, to jednak własności biologiczne samych jadów są już o tyle zbadane, że warto się z niemi zapoznać. Wyżej wymienieni badacze stwierdzili, że zawartość pęcherzyków opryszczkowych *(herpes* z wyjątkiem *herpes zoster)*, przeniesiona na rogówkę królika, wywołuje nietylko objawy miejscowe *(keratitis herpetica)*, lecz i ogólne, jak gorączka, ruchy maneżowe, szczękościsk, bezwład kończyn, śpiączkę i śmierć. G. Blanc i Caminopetros przenosili zawartość opryszczków dziecka, skądinąd zdrowego, na rogówkę królików, wywołując zapalenie rogówki i łącznicy. Jad ten (jałowy), zaszczepiony pod oponę twardą królika, po 4 dniach wywoływał u tegoż objawy, podobne do śpiączki letargicznej ludzkiej. Przez szereg szczepień z mózgu na mózg udało się otrzymać jad stały *(virus fixe)* bardzo czynny. Za pomocą szczepień można otrzymać odporność *(immunité)* miejscową i ogólną. Levaditi i Harvier (1920) szczepili do opon mózgowych królików zawiesinę otrzymaną z ośrodków nerwowych osób zmarłych na *enc. epid.* i otrzymywali objawy podobne do śpiączki letargicznej z zejściem śmiertelnem. Ten sam jad wywoływał zapalenie rogówki u królików oraz objawy ogólne (jak wyżej). Własności obu jadów są identyczne — są to jady przechodzące przez filtry *(v. filtrant)*, nie ulegające zniszczeniu przez wysuszenie, przechowujące się w próżni, ginące od żółci. Oprócz tych 2 jadów udało się wykryć dwa inne, do nich podobne (Levaditi, Harvier i Nicolas), jeden z plwociny ludzi, którzy się stykali z chorymi na *enc. ep.*, drugi z plwociny ludzi zdrowych. Pierwszy z tych jadów, przeniesiony na rogówkę królika, wywołuje charakterystyczne zapalenie, a niekiedy *encephalitis* śmiertelną, drugi sprowadza zapalenie rogówki *(keratoconjunctivitis)* takie, jakie bywa po zaszczepieniu jadu stałego, otrzymanego z mózgu zmarłych na *encephalitis*, nie sprowadzając nigdy choroby ogólnej. Tym sposobem autorzy rozróżniają 4 jady, należące do grupy jadów nagminnego zapalenia mózgu: jad keratogenny ślinowy, jad nosicieli zdrowych, jad opryszczkowy i jad nagminnego zapalenia mózgu. Levaditi, Harvier i Nicolas zbadali dokładnie odczyny uodporniania *(réactions d' immunité)*, które najlepiej charakteryzują stosunki tych jadów do siebie: pierwszy najsłabszy nie zabezpiecza od trzech pozostałych, drugi mocniejszy — wywołuje odporność miejscową na jad stały zapalenia mózgu. Co się tyczy 2 pozostałych jadów (opryszczk. i zap. mózgu), to króliki, uodpornione na jeden z nich, są odporne na drugi oraz na jady ślinowe. Wszystkie 4 jady są tejże samej natury, ale posiadają różną jadowitość, a właściwie różne powinowactwo *(affinité dissemblable)*.

Dane powyższe, według zdania Levaditi i Harvier'a, rzucają pewne światło na epidemiologię nagminnego zapalenia mózgu. Przed wybuchem epidemii jad choroby istnieje w plwocinie i w niektórych wydzielinach chorobowych *(herpes, angina herpetica)* w postaci łagodnej, pozbawionej powinowactwa nerwowego *(affinité neurotrope)*. Wskutek zwiększenia swej jadowitości, jad, który dotychczas posiadał tylko powinowactwo nabłonkowe *(affinité epithéliotrope)*, nabiera nowych własności — atakuje komórki nerwowe śródmóżdża *(affinité neurotrope)*.

W stosunku do patologji ogólnej badania powyższe pozwoliły Levaditi'emu zbudować następującą hypotezę: istnieje pewna grupa jadów nerwowych *(virus neurotrope)*, do której należą: zapalenie nagminne mózgu, wścieklizna, *polyomyelitis* a prawdopodobnie i ospa. Jady te, niewidzialne, przechodzące przez filtry, nie dają się hodować inaczej, jak tylko w związku z elementami komórkowemi. Mają one powinowactwo z wyboru *(affinité elective)* z tkankami ektodermy: rogówką, skórą, układem nerwowym, śluzówką nosa, gardzieli i policzków. Cierpienia, przez te jady wywołane, zasługują na nazwę ektodermoz. Nie posiadają zaś wyraźnego powinowactwa do tkanek pochodzenia mezodermowego — zaszczepione pod skórę, do otrzewnej lub do krwi nie okazują żadnego działania lub bardzo słabe. Jad *polyomyelitis* posiada własności zbliżone do jadu *encephalitis epidemica* — jest wyłącznie jadem nerwowym *(neurotrope)*. Jad wścieklizny ma wybitne powinowactwo do osi mózgowo-rdzeniowej i niejakie powinowactwo do skóry i rogówki. Jad ospy ma stałe powinowactwo do skóry i rogówki, a słaby tylko tropizm do mózgowia. Z punktu widzenia klinicznego należałoby oczekiwać *a priori*, że *herpes* powinien się zdarzać często w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu. Tak jednak nie jest. Oto w najświeższem doniesieniu Nettera (21/VII. 1921 w Bull. Soc. med. d. Hôp.) czytamy, iż podczas ostatniej epidemii na 180 przypadków przez niego spostrzeganych, tylko w 2 znalazł opryszczki — raz na twarzy, drugi raz na udzie. Carnot i Gardin na 94 przypadków widzieli *herpes* tylko raz jeden. Poisot za to spostrzegał trzy przypadki opryszczek w zapaleniu mózgu nagminnem. Levaditi i Harvier w przypadku, który im posłużył do przyrządzenia jadu stałego z ośrodków nerwowych, spostrzegali *herpes* rozsiany w różnych miejscach na prawym policzku.

Nr. 90. 1921.

R. Lutembacher. **Leczenie ostrego gośćca stawowego salicylanem sodu.** Uderzający jest fakt, że pomimo, iż posiadamy lek swoisty przeciwko gośćcowi, tak często zdarzają się nawroty tej choroby. Zależy to, według autora, od niedostatecznego leczenia, i to nie tyle od niedostatecznych dawek, ile od zbyt krótkiego ich stosowania. Ostry gościec stawowy należy traktować, jak uporczywą posocznicę, którą trzeba zwalczać szybko i zapobiegać nawrotom. Tylko w ten sposób można zabezpieczyć serce od groźnych powikłań, które przyprawiają chorych o kalectwo. Podobnie jak w przymiocie,

skuteczność kuracji zależy od wczesnego rozpoznania, intensywności i długotrwałości leczenia. Wczesne rozpoznanie gośćca w pewnych okolicznościach nie jest rzeczą łatwą, nie posiadamy bowiem ścisłego sprawdzianu laboratoryjnego w przypadkach wątpliwych. Ileż to razy n. p. u dzieci bierze się przemijające bóle w kończynach — zwiastuny gośćca — za nic nie znaczące objawy, zależne od rośnięcia (*douleurs de croissance*), za gościec wrzekomy. Zaniedbuje się wtedy leczenia salicylowego, dopóki nie zjawią się objawy groźne: wysoka ciepłota, szmery w sercu i t. d. Powszechnie przyjętą jest metoda, że osobnikom w wieku od 15—20 lat należy dawać 6—8 grm. salicylanu sodu na dobę. Lek powinien być czysty, najlepiej w roztworze, podawany w różnych odstępach czasu (nawet i w nocy). Salicyl wydziela się szybko z ustroju, a chodzi o to, żeby organizm znajdował się stale przez czas dłuższy pod jego wpływem. Ponieważ dość często chorzy salicylu nie znoszą wskutek zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, przeto L. zaleca zastrzykiwanie dożylne tego środka, do czego używa roztworu 1:30 preparatu bardzo czystego (poddanego powtórnej krystalizacji); do tego dodaje kilka cm^3 roztworu fizjologicznego soli. Zastrzykuje w ten sposób po 3 gm salicylanu sodu 2 razy dziennie. Zwykle autor wykrywał ślady salicylu w moczu po poprzedniem zastrzyknięciu. Można kombinować zastrzykiwania dożylne z użyciem wewnętrznem (na noc). Autor leczył tą metodą 8 chorych z dobrym wynikiem. Taką samą opinię wydali A. Gilbert, A. Coury i H. Bénard (Soc. de Biologie 23/VII. 1921). Leczenie powinno trwać 15—20 dni (dawki pełne); w ciągu następnych 3—4 tygodni zmniejszyć dawki do 3–4 grm dziennie. Po zakończeniu leczenia autor w ciągu 12—18 miesięcy zaleca chorym w ciągu 10 dni zażywać co miesiąc po 2—3 grm salicylu dziennie. L. kładzie nacisk na długotrwałość leczenia, gdyż to jedynie może zabezpieczyć chorych od nawrotów i powikłań. *A. Puławski.*

Chirurgja.

Bull. de la Societé de chir. de Paris.
N. 12. 1922. Kwiecień.

M. Sauvé. **O wtórnem usuwaniu odłamków pocisku z mózgu.** Autor podaje 5 przypadków, w których miał sposobność usuwać ciało obce z mózgu. Wskazania do operacji były następujące: 1) zupełna niemota, 2) padaczka Jacksona, 3) porażenie połowiczne oraz przetoka mózgowa w miejscu wejścia kuli, 4) znaczne zaburzenia wzrokowe. Operował swych chorych w czasie od 13 dni do 10 miesięcy po wypadku. Technika operacji była zawsze ta sama: znieczulenie ogólne; jak najmniejsza trepanacja średnicy 3 ctm.; przecięcie opony twardej i szybkie wyjęcie ciała obcego za pomocą peanu pod kontrolą Roentgena. Ciało obce znajdowało się najgłębiej 5 ctm. od powierzchni. Wszyscy chorzy wyzdrowieli po operacji, wyjąwszy jednego z porażeniem połowicznem, który bez poprawy opuścił szpital.

W pracy tej podniesiono też sprawę wskazania do operacji, sprawę, która była dyskutowana na posiedzeniu wspólnem neurologów i chirurgów paryskich w 1916 r. Podczas gdy jedni, jak neurolog Marie, twierdzą, że mózg jest to narząd, który znakomicie znosi ciało obce, pod warunkiem, że jest ono aseptyczne, małych rozmiarów tak, iż nie wywołuje ucisku i podrażnienia, to drudzy, jak chir. Quenu, powiadają, że ciało obce tak długo zachowuje się obojętnie w mózgu, aż pewnego dnia wystąpią nagle objawy, sprowadzające śmierć i tutaj podaje kilka przykładów.

Wskazanie do operacji będzie bezwzględne, jeżeli mamy do czynienia z ciałem obcem, które nie jest obojętne dla mózgu. Również duże odłamki, kule karabinowe, rewolwerowe, powinno się usuwać szczególniej wtedy, gdy znajdują się w pobliżu ośrodków nerwowych. Jeżeli ciało obce jest usadowione głęboko, u podstawy czaszki, to lepiej zaniechać jego wyjęcia.

Journal de Chirurgie.
T. XIX. N. 5. Kwiecień 1921.

Lecène. **O cięciu tylnem ponad grzebieniem kości biodrowej w pewnych postaciach zapalenia wyrostka robaczkowego.** Autor zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze zapalenia wyrostka robaczkowego, usadowionego poza jelitem ślepem lub nazewnątrz wzdłuż jelita wstępującego. Głównie uwagę należy zwrócić i szukać objawów w okolicy lędźwiowej; gorączka, dreszcze, ból uciskowy i przeczulica skóry w okolicy lędźwiowej pozwalają rozpoznać cierpienie.

Rozpoznanie w pierwszych dniach choroby bywa trudne, nieraz nawet z chwilą zebrania się ropy. Chorego należy badać w położeniu na lewym boku: tuż powyżej grzebienia kości biodrowej i przyczepu mięśnia biodrowego skośnego wewnętrz. i poprzecznego trzeba szukać obrony mięśniowej; wypuklenie w tem miejscu, ograniczona bolesność, stłumienie wypukowe, pozwala stwierdzić chorobę. Chełbotanie w razie zebrania się ropy rzadko daje się stwierdzić, gdyż tym postaciom zapalenia towarzyszy zazwyczaj małe nagromadzenie się ropy.

Zachodzi pytanie, jaką drogą najlepiej jest dostać się do wyrostka lub ropnia usadowionego poza jelitem ślepem lub nazewnątrz jelita wstępującego.

Autor ilustruje to przykładem Gambety, o którym Lanelongue pisze w 1901 r.; Lanelongue rozpoznał u Gambety w 1881 ropień poza jelitem ślepem i proponował cięcie tylne dla usunięcia ropy. Narada innych, zresztą znanych, chirurgów paryskich, nie podzieliła jego zdania. Chory zmarł, a sekcja wykazała ropień poza jelitem ślepem.

L. uważa za błąd otwarcie jamy brzusznej od przodu dla usunięcia wyrostka lub ropnia ułożonego poza jelitem ślepem lub nazewnątrz od jelita wstępującego. Podaje przypadek, który operował w ten sposób, a który zakończył się śmiercią. Od tego czasu t. j. od 3-ch lat, z chwilą, gdy są objawy wskazujące, że wyrostek będzie znajdował się od tyłu, postępuje w następujący sposób: chory znajduje się w położeniu na l. boku, cięcie skórne 8 — 10 ctm. długości, 2 ctm. powyżej grzebienia przedniego kolca kości biodrowej, przecięcie powięzi; mięśnie skośny wewn. i poprzeczny rozsuwa na tępo i dochodzi do tkanki tłuszczowej przedotrzewnowej, która jest w tych wypadkach zwykle naciekła. Otrzewnę odchylamy nieco ku przodowi i wreszcie nacinamy ją i otwieramy ropień lub usuwamy wyrostek, jeżeli ten bez większych manipulacji daje się odnaleźć.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
T. 168, zeszyt 3—6 z lutego 1922.

Dr. F. Mandl. **O raku odbytnicy.** W obszernej i wyczerpującej rozprawie omówiono 779 przypadków raka odbytnicy, leczonych w klinice prof. Hochenegga. Wynosiły one 16% wszystkich raków i pojawiały się przeważnie w 6-ym dziesiątku życia, choć trafiły się dwa przypadki poniżej 20 lat. Mężczyzn zapada dwa razy tyle, co kobiet. Zwrócono uwagę na związek ciąży z rakiem odbytnicy, która wpływa korzystnie na powstanie i rozwój raka, operacja jednak nie oddziaływa szkodliwie na poród. Dziedziczne obciążenie da się wykazać w 10.7%. Nie można ustalić, który z pierwszych objawów występuje stale. Jako pierwsze objawy podawano: nieregularności w oddawaniu stolca 223 razy, krwawe lub śluzowate odchody 175, boleści w odbytnicy przy oddawaniu stolca 171, parcie na stolec 60, boleści w krzyżach 18, wychudzenie 11. Chorzy zgłaszali się przeważnie między 5 a 18 miesiącem trwania choroby. Przy badaniu nie posługiwano się próbnem wycinaniem ze względu na możliwość krwawienia i niepewność obrazu histologicznego, który może pochodzić z wyciętej błony śluzowej. Mało stosowanym jest Roentgen. Przy wysoko usadowionych guzach spotyka się rozdęcie ampullae recti i wygładzenie fałdów śluzówki, objaw opisany i wyjaśniony przez Hochenegga. Poruszalność guza bada się palcem przy parciu dokonywanem przez chorego; w 31,7% guz był zupełnie nieruchomy. Raki znajdujące się w odległości ponad 10 cm od odbytu klasyfikuje się jako wysoko umiejscowione i tych było 20%.

Jako stanowcze przeciwwskazanie do zabiegu uznane są przerzuty rakowe w innych narządach lub zupełne charłactwo chorego. W wypadkach nie nadających się do zabiegu radykalnego stosuje się kolostomję.

69 wypadków z rozmaitych względów nie operowano; przeciętny okres życia tych chorych wynosił 12 miesięcy,

jednak połowa z nich umierała w pół roku po pobycie w klinice.

Kolostomje zakładano 184 razy; z tego w 38 przypadkach objawów niedrożności, z 44% śmiertelności. Wogóle po kolostomji w I. roku umierało 72.5%, a po trzech latach żyło 5%. Przyczyną śmierci było najczęściej zapalenie otrzewnej, wychodzące z rozdętej pętli doprowadzającej, to też celem zapobieżenia temu poleca autor pokrywać ją siecią.

508 przypadków operowano doszczętnie, a w tym 469 razy wykonano zabieg sakralnie. W przygotowaniu przedoperacyjnem, przy zwężeniach daleko posuniętych nie stosuje się leczenia przeczyszczającego dlatego, że stolec wodnisty łatwiej powoduje nacieczenie tkanki, niż zbity. Przy znieczuleniu posługiwano się głównie uśpieniem eterowem w ułożeniu bocznem przez cały ciąg operacji. U tych operowanych założono 234 *anus sacralis*, wykonano 227 resekcji z planem zachowania funkcji zwieracza odbytu. Po zabiegach ogólna śmiertelność wynosiła 11,1%; resekcje dawały mniejszą ilość śmierci (9.2%), aniżeli amputacje i wyłuszczenia (14.1%).

Wyleczeń po założeniu »*anus sacralis*« było do 3 lat 30,5%, po 5 latach 25,3%, przyczem chorzy koło roku po operacji uzyskiwali poczucie stolca, lub przez rozszerzenie odcinka odbytnicy, czy odpowiednią djetę zastępowali sobie brak zwieraczy.

Przy stosowaniu resekcji leczenie trwa wprawdzie dłużej, ale śmiertelność jest mniejsza; z operowanych przypadków wypuszczono 58,3% ze zdolnością utrzymywania stolca w zupełności, a 10% — z niezupełną. Wyleczenia po trzech latach wynosiły 37%, po pięciu 26.2%.

Operacje kombinowane polegające na udostępnieniu odbytnicy przez kość krzyżową i otwarcie brzucha, czy na odwrót, dają wyniki złe, bo 50% śmierci i żaden chory w ten sposób operowany nie dożył 3 lat po zabiegu.

Zabiegi w nawrotach pooperacyjnych, nawet kolostomje, są źle znoszone i nie dają prawie żadnych rezultatów. Bezowocne były próby leczenia raka odbytnicy, w rozmaitych stadjach, radem i promieniami Roentgena.

Nowicki. (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

XIX. Zjazd chirurgów polskich w Warszawie.

(29. VI, 30. VI i 1.VII. 1922).

Pomimo to, że od zjazdu poprzedniego upłynęło niespełna 9 miesięcy, i że można było się obawiać, że ilość zgłoszeń nie będzie duża, program zjazdu obejmował 90 bez mała odczytów, a więc więcej, niż potrzeba dla wypełnienia trzech dni obrad. Po powitaniu obecnych przez prezesa Towarzystwa Chirurgów polskich prof. Sawickiego i po przemówieniu wstępnem prezesa zjazdu prof. Ziemackiego obrady rozpoczął prof. Jurasz odczytem na temat programowy: **Wrzód żołądka i dwunastnicy.** Na zasadzie swego obfitego, bo obejmującego prawie 300 spostrzeżeń, materjału mowca wypowiada się za możliwie szerokiem stosowaniem wycięcia żołądka i dwunastnicy, gdyż samo zespolenie żołądka z jelitem czczem nie zapobiega następczym krwawieniom, przedziurawieniom, zrakowaceniu wrzodu i innym powikłaniom. Koreferentka Dąbrowska, oświetlając przedmiot z punktu widzenia anatomji patologicznej, powołuje się na szereg zbadanych przez siebie wrzodów, w których zmiany w naczyniach i nerwach, o ile występują, mają charakter zwian wtórnych, stałym natomiast objawem jest znaczny przerost śluzówki żołądka. Często spostrzegany nieprawidłowy układ nabłonka we wrzodzie, bujanie nadmierne lub wyodrębnianie się wysepek komórek nabłonkowych usprawiedliwiałyby, zdaniem D., bardziej doszczętne metody operowania ze względu na możliwość powstawania raka, a stwierdzane zmiany wtórne w wątrobie, trzustce i nerkach, zniewalają do zwrócenia uwagi na czynność tych narządów w leczeniu wrzodu.

W związku z tematem programowym Glatzel wygłosił odczyt **o dziurawiącym wrzodzie żołądka**, prof. Michejda zaś — **o niezwykłych postaciach wrzodu dwunastnicy.**

W ożywionej dyskusjii, jaka się wywiązała na ten temat, prof. Hornowski i prof. Gluziński oświetlają przedmiot z punktu widzenia anatomo-patologicznego i klinicznego. Z chirurgów, jedni, jak Sławiński i Nowakowski, wypowiadają się za stosowaniem zespolenia żołądkowo-kiszkowego, jako zabiegu mniej obrażającego, a dającego jednak wyniki dobre, inni, jak prof. Schramm, Slęk, prof. Węgłowski, są zwolennikami wycięcia żołądka, uzależniając zresztą ten zabieg od umiejscowienia wrzodu i od stanu chorego. Prof. Radliński mówi o rozszerzeniu żołądka porażonnem po operowaniu wrzodu, Ciechomski zwraca uwagę na to, że w porównaniu z Zachodem operuje się u nas bardzo mało wrzodów i że często spotyka się przypadki zaniedbane i trudne techuicznie. Przyczyna leży nie tylko w niskim poziomie kultury chorych, ale i w tem stanowisku, jakie zajmuje pod tym względem wielu z naszych internistów.

Następne, poobiednie, posiedzenie zaczyna szereg odczytów z zakresu chirurgji ogólnej. Mossakowski mówi **o wpływie usypiania na bakterjobójcze własności surowicy krwi**, Wertheim — **o wydolności wątroby w związku z usypianiem**, Zaorski — **o znieczulaniu rdzeniowem**, Rodziński — **o badaniach nad znieczulaniem miejscowem**, Uspiński — **o znieczulaniu nerwów trzewnych.** Szerszyński szeregiem wykresów, uzmysławiających wahanio ciśnienia krwi podczas zabiegów brzusznych, oraz licznemi tablicami z krzywemi tętna wykazuje **zaburzenia w układzie sercowo-naczyniowym**, jakie występują podczas zabiegu skutkiem podrażnienia urazowego, po części zaś pod wpływem toksycznego działania narkotyku. W wyniku swych badań S. stwierdza dodatni wpływ pod tym względem siarczanu magnezu, morfiny, atropiny, a przedewszystkiem znieczulenia miejscowego oraz potrzebę stosowania tych środków jednocześnie w uśpieniu. Dalej, Mossakowski, Nowicki, Pomper i St. Zawadzki zdają sprawę ze **stosowania szczepionek w różnych sprawach zakaźnych**, wreszcie prof. Węgłowski opisuje stosowany przez siebie sposób **operowania nowotworów złośliwych kości**, polegający na wywoływaniu obumarcia kości za pomocą pary wodnej pod ciśnieniem, po uprzedniem usunięciu zwykłym sposobem samego nowotworu. Kość taka podobnie, jak przeszczepiona kość martwa, ulega stopniowemu wessaniu i zastąpieniu tkanką kostną, wytworzoną przez otaczającą kość żywą lub okostną.

Posiedzenie ranne drugiego dnia wypełniły obrady nad zawsze żywotną sprawą **leczenia gruźlicy kości i stawów** (temat programowy). Referent doc. Ostrowski wypowiada się w zasadzie za leczeniem zachowawczem, zwłaszcza u dzieci, u których zabieg jest wskazany w razach wyjątkowych. U dorosłych wskazania do zabiegu bywają częstsze i zależą nie tylko od umiejscowienia sprawy, ale i od ogólnego stanu chorego i warunków społeczno-ekonomicznych. Prócz leczenia miejscowego niezbędne jest, jak zawsze w gruźlicy, leczenie ogólne. Koreferent doc. Łapiński mówi o **leczeniu sanatoryjnem gruźlicy chirurgicznej** na Zachodzie i o usiłowaniach w tym kierunku u nas. Na wniosek mówcy zjazd jednogłośnie uchwalił zwrócić się przez pośrednictwo Zarządu Towarzystwa Chirurgów polskich do władz państwowych i samorządowych z motywowanym wnioskiem rozpoczęcia energicznej akcji w tym kierunku. Prof. Węgłowski na zasadzie swych badań nad unaczynieniem kości i nad topografją ognisk gruźliczych przyszedł do wniosku, że wbrew przyjętym poglądom kości nie posiadają naczyń końcowych, że gruźlica usadawia się w nich nie drogą tworzenia się zawału, ale skutkiem osiadania w rozszerzonych naczyniach bądź to samych laseczników, bądź to fagocytów z laseczników wewnątrz. Prof. Ziemacki tłómaczy powstawanie ropni opadowych przedziurawieniem naczynia chłonnego i nagromadzeniem się chłonki w przestrzeniach międzytkankowych.

Następne odczyty poświęcone były **chirurgji układu nerwowego.** Parczewski, a po nim Zawadzki A. referują przypadki z zakresu chirurgji mózgu, Biske i Skubiszewski opisują przypadek operowanych kilaków mózgu. Glatzel oraz Byszewski zdają sprawę z szeregu spostrzeżeń, dotyczących wycinania nerwu współczulnego okołonaczyniowego. Jako interesujący przyczynek do **chirurgji naczyń krwionośnych** przedstawił prof. Węgłowski chorego, któremu na miejsce wyciętego tętniaka urazowego tętnicy udowej wszył odcinek żyły udowej. Wreszcie, specjalne posiedzenie poświęcone zostało **pokazom radjologicznym**, między innemi z zakresu radiodiagnostyki wrzodu żołądka i dwunastnicy (Sabat, Grudziński) i ostitis fibrosa (Judt, Sabat).

Trzeci dzień zjazdu wypełnił cały szereg luźnych odczytów, z których wspomnę tylko o wybitniejszych. A więc prof. Kryński porusza sprawę rzadkich nowotworów kłębka tętnicy szyjnej, prof. Sawicki — sprawę żeber nieprawidłowych. Większe zainteresowanie wzbudził odczyt prof. Rutkowskiego o wytworzeniu przełyku nie z jelita czczego, jak proponował Roux, lecz z przepołowionego podłużuie żołądka. Prof. Leśniowski omawia kliniczną i anatomo-patologiczną stronę zbliznowacenia krezki esicy oraz operowanie takich chorych sposobem, polegającym na nacinaniu, rozprostowywaniu krezki i pokrywaniu nacięć płatem sieci. Zakrzewski Z. poddaje szczegółowej krytyce sposoby operowania skrętu esicy. Ambrożewicz porusza sprawę licznych sposobów operowania przepukliny udowej. Prócz tego, trzy odczyty poświęcone były sprawom lekarsko-społecznym: Rechniowski domaga się utworzenia stanowisk asystentów chirurgów w szpitalach prowincjonalnych, Pomorski mówi o konieczności zakładania oddziałów klasowych w szpitalach, głównie na prowincji, gdzie chirurg nie ma możności operowania chorych poza szpitalem, wreszcie prof. Sawicki rzuca myśl wszczęcia starań u władz celem ułatwienia szpitalom prowincjonalnym przesyłania pocztą do miast uniwersyteckich prób dla badań laboratoryjnych.

Staraniem Zarządu Towarzystwa Chirurgów polskich zarządzona została na czas zjazdu przez znane firmy warszawskie wy-

stawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych, aparatów ortopedycznych i sprzętów szpitalnych.

Obfity plon naukowy zjazdu oraz liczny udział Kolegów ze wszystkich stron Rzeczypospolitej dowiódł potrzeby odbywania corocznych zjazdów chirurgicznych, uchwalono więc zjechać się i w przyszłym roku (w końcu września), tym razem — na zaproszenie prof. J u r a s z a — w Poznaniu. *Br. Szerszyński.*

Medycyna społeczna.

Prym. Dr. E. Artwiński. Kraków

O celach i zadaniach instytutu dla badania pracy w Polsce.

Śmiało rzec można, że głównem zagadnieniem okresu powojennego jest w szerokiem tego słowa znaczeniu zagadnienie pracy. Nigdy może jeszcze zagadnienie to nie wystąpiło z taką wyrazistością, jak dziś.

Zagadnienie pracy omawiane jest w Europie przez najtęższe głowy z różnych punktów widzenia: w parlamentach, pismach naukowych i w prasie codziennej. U nas doniosłość i ważność tego zagadnienia jest większą jeszcze, niż w innych krajach. Nic więc dziwnego, że ludzie jasno patrzący i dobrej woli na całym obszarze Polski rzucają hasło: „Do pracy“. Jako odzew na to hasło zawiązała się w Warszawie Liga Pracy dla krzewienia prawidłowo zorganizowanej i wydajnej pracy. Stawia sobie ona za cel: „Wzmożenie wydajności pracy i popieranie prawidłowej organizacji, jako podstawy dobra ogólnego“.

Liga Pracy między innemi rozległemi zadaniami, jakie sobie wytknęła, zamierza zorganizować instytut:

a) dla prowadzenia badań i doświadczeń nad pracą ludzką we wszystkich zawodach, celem uzgodnienia metod pracy z wymaganiami mechaniki, fizjologji i psychologji ludzkiego ustroju;

b) badania wyników fizjologji i psychologji doświadczalnej w zastosowaniu do szkolnictwa;

c) utrzymania stałego kontaktu ze wszystkiemi działami pracy zawodowej, mogącemi zastosować wyniki prac instytutu.

Celem tego szkicu będzie ogólnikowe omówienie powyżej wytkniętych zamierzeń. Z góry zaznaczyć należy, że chodzi nietylko o maksimum ilości i jakości naszej produkcji, ale, zupełnie równorzędnie z tem, o zdrowie naszych pracowników.

W polskiem piśmiennictwie na znaczenie badań warunków życia klasy pracującej, zarówno fizycznych jak i duchowych, zwraca uwagę prof. A l f r e d S o k o ł o w s k i w swoich wykładach o chorobach proletarjatu i podkreśla nasze upośledzenie w tym kierunku w stosunku do Europy zachodniej, gdzie dokładne zbadanie warunków pracy pozwoliło na wprowadzenie racjonalnych przepisów prawodawczych, które poprawiły dolę robotnika, jak o tem świadczą dane statystyczne, wskazujące na zmniejszenie się śmiertelności, a wzrost długowieczności. U nas niestety, powiada S o k o ł o w s k i, otwarcie powiedzieć można, że prawie nie mamy prac w tym kierunku“. Dokonane już prace W a ś n i e w s k i e g o, B i e g a ń s k i e g o, C z a j k o w s k i e g o, W a s s e r c u g a i innych stanowią zdaniem prof. S o k o ł o w s k i e g o drobne przyczynki do powyższego zagadnienia. Widzimy więc, że pole badań jest bardzo rozległe i leży dotychczas odłogiem i dalej, że jak z wyżej przytoczonych słów prof. S o k o ł o w s k i e g o wynika, badania te nie są li tylko czysto akademickiem i laboratoryjnem zagadnieniem, ale przedstawiają interes praktyczny nadzwyczajnej wagi i doniosłości.

Wielką ilość pytań, wiążących się z zagadnieniem pracy, można rozbić na dwie grupy, a temi są według mnie:

1. zagadnienia, dotyczące człowieka samego, jako wytwórcy, a więc zagadnienia biologiczno-psychologiczne i

2. środki produkcji czyli zagadnienia techniczno-ekonomiczne.

O zagadnieniach technicznych mówić nie mogę i ograniczę się tu tylko do jego ogólnikowego zaznaczenia, które było potrzebne dla całości planu, i zwracam uwagę, że całokształt tych zjawisk z punktu widzenia techniczno-ekonomicznego ujmuje prof. H a u s w a l d w swojej rozprawie pod tytułem „Produktywizm“.

Przechodzę do zagadnień biologicznych i psychologicznych, tworzących oddzielną i rozległą dziedzinę.

Prof. S o k o ł o w s k i, kończąc swe wykłady o chorobach proletarjatu, wymienia jako najgłówniejsze czynniki, szkodliwe dla zdrowia ludności pracującej „nadmierną pracę, szkodliwy zawód, złe mieszkanie, niedostateczne odżywianie, a wreszcie odzież“.

Walkę tym szkodnikom wypowiedziała, pierwsza z krajów europejskich, Anglja, prowadziła ją dotychczas najracjonalniej i najpomyślniejsze osiągnęła też już wyniki praktyczne. Anglja była i jest nadal pod tym względem wzorem dla kontynentu.

Badanie tych czynników szkodliwych i racjonalna walka z niemi jest jednem z zadań Ministerstwa Zdrowia. Na tak zarysowanem tle możemy już dokładniej ująć cele i zadania przyszłego instytutu pracy. Jeżeli Ministerstwo Zdrowia, opierając się na danych statystycznych, organizuje i kładzie podwaliny pod przyszłe warunki zdrowotne całego kraju, to obejmuje ono tak rozległe dziedziny życia społecznego i nie wchodzi, bo już z natury swojej wchodzić nie może, w zakres działania indywidualnego. Badanie, dotyczące życia indywidualnego różnych gałęzi pracy, stanowi zadanie naszego przyszłego instytutu, zamierzającego w ten sposób uzupełnić te szczerby i pola nietknięte, których Ministerstwo Zdrowia nie jest w stanie objąć w swój zakres działania.

Instytut ten przez badania swoje może dzielnie wspierać Ministerstwo Zdrowia, gdyż niejedne z jego wyników mogą być cenną podstawą dla szeregu rozumnych przepisów społeczno-zdrowotnych, jak się to już dzieje na Zachodzie, gdzie wyniki badań laboratoryjnych są brane pod rozwagę przy uchwałach dotyczących ustaw pracy, że wspomnę tu tylko dla przykładu o mowie prof. H. D e n i s'a, członka sejmu belgijskiego, który występując w lutym 1909 przed Izbą belgijską za ograniczeniem ilości godzin pracy dla górników, powołuje się stale na wyniki badań naukowych prof. I m b e r t a, J o t e y k ó w n y i N u e l Niezmiernej wagi jest według mnie fakt, na który zwraca uwagę jeden z pierwszych i wybitniejszych badaczy w tym kierunku prof. A. I m b e r t z Montpellier, że przy stale wzrastającym zatargu między pracą a kapitałem bezstronne i objektywne badanie jest rękojmią sprawiedliwości i prawdy, która musi się stać punktem wyjścia do zgody dla powaśnionych.

Nie mogę tutaj kreślić szczegółowego planu działania przyszłego instytutu pracy i muszę się ograniczyć do przykładów raczej, niż do zarysów przyszłej budowli.

Instytut pracy musi posługiwać się metodami ściśle naukowemi, gdyż to tylko pozwoli mu dojść dalej, niż to może uczynić powszednia obserwacja. Musi on się opierać i posługiwać w swoich badaniach metodami psychologji i fizjologji, a w granicach już chorobowych metodami klinicznemi. Weźmy za punkt wyjścia pierwszy z czynników chorobotwórczych, zacytowanych przez prof. S o k o ł o w s k i e g o: nadmierną pracę.

Międzynarodowy kongres higjeny i demografji w Berlinie w 1907 r. po dyskusji przyjmuje, „że chroniczne zmęczenie czyli przeciążenie, istniejące zwłaszcza w fabrykach, w których natężenie pracy reguluje maszyna, zwiększa dla tych robotników prawdopodobieństwo chorób i nieszczęśliwych wypadków już to dla tego, że obniża ich zdolność do pracy i odporność, już to, że stają się niedbali względem środków zabezpieczających“. Powstaje oczywiście pytanie, jak stwierdzić przedmiotowo, czy jakaś praca jest już nadmierną, czy nie? „Ażeby stwierdzić, czy w pewnem środowisku, w pewnym rodzaju pracy, lub zawodzie, istnieje przeciążenie, jako fakt ogólny i powszechny, należałoby dokładnie określić, jaką jest ta ilość pracy, którą większość osobników w danych warunkach i w danym zawodzie jest zdolna wykonać, nie wykazując skutków przemęczenia; przewyżka ponad tę, dla większości normalną ilość pracy,

stanowiłaby dopiero przeciążenie". Tak ujmuje tę sprawę z punktu widzenia psychologicznego Władysław Dawid.

Zadanie to dotychczas nie zostało wykonane, a danie ściślej odpowiedzi na powyższe zapytanie powinno być jednem z pierwszych zadań przyszłego instytutu dla badania pracy.

Nie da się tutaj przenieść badań dokonanych w innych krajach, gdyż jest to rzeczą zrozumiałą, że temat ten wymaga indywidualnego traktowania. Każda gałąź pracy musi być w tym kierunku badana oddzielnie, aby wyniki tego teoretycznego doświadczenia miały istotnie wartość i aby mogły przez racjonalne postawienie sprawy zmęczenia wpłynąć dodatnio na podniesienie sił pracowników i wydajność ich pracy.

W Związku ze sprawą zmęczenia powstaje pytanie, jak należy badać pracę i wywołane przez nią zmęczenie? Zależnie od jakości pracy możemy ją badać różnemi sposobami. Jeżeli praca jest jednorodna i poddaje się mierzeniu, to badać ją możemy bezpośrednio, a z ilości i jakości jednostek otrzymanych będziemy mogli wnioskować o podniesieniu się jej, lub zmniejszeniu. Według Imberta metoda bezpośrednia jest jedynie racjonalnym sposobem badania pracy zawodowej. Nie badany ma być wprowadzony do pracowni psychologicznej, ale badający musi wejść do warsztatu pracy, aby tam w określonych warunkach mierzyć bezpośrednią pracę ludzką i zmęczenie przez nią wywołane. W wypadkach, kiedy praca nie jest jednostajna i nie da się mierzyć, musimy używać sposobów pośrednich. Możemy ją badać zmianami i wahaniami pracy wymiernej przed, podczas i po wykonaniu pracy istotnej.

Zmęczenie może być badane sposobami fizjologicznemi i psychologicznemi. Fizjologiczne pomiary zmęczenia mogą być dokonywane z pomocą dynamometru i ergografu, lub też zapomocą mierzenia tak zwanego „progu przestrzennego", badanego estezjometrem, gdyż pod wpływem zmęczenia próg przestrzenny podnosi się, czyli, mówiąc innemi słowami, nóżki cyrkla muszą być szerzej rozsunięte, aby były odczute jako dwa dotknięcia.

Badać też można zmęczenie i psychologicznie za pomocą sposobów podanych przez różnych badaczy. Do metod psychologicznych należą: metody kombinacyjne (Ebbinghaus) i metody pracy ciągłej, podane przez szkołę Kraepelina. Nie mogę tu wchodzić bliżej w omawianie tych sposobów, gdyż jest to już temat specjalny z zakresu psychologji doświadczalnej.

Prócz badania pracy samej i zmęczenia przez nią wywołanego, drugim niezmiernie ważnem zadaniem jest badanie wpływu różnorodnych warunków na pracę. I tak nie ulega najmniejszej wątpliwości, że praca górnika dobrze zabezpieczonego w kopalni przed możliwemi katastrofami, górnika świadomego swego bezpieczeństwa, jest wydatniejsza, niż praca górnika pracującego w niepokoju i niemogącego należycie skupić uwagi.

Dalszy zespół zagadnień, które powinny być podjęte i rozwiązane, dotyczy psychologji zawodowej. O ile jest rzeczą już oddawna znaną i nie wymagającą tłomaczenia, że różne zawody stawiają różnorodne wymagania co do sił fizycznych (kowalstwo, drukarstwo), o tyle niedocenia się jeszcze powszechnie tych wymagań w stosunku do psychiki pracownika. A człowiek nie jest przecież maszyną i nie można go oceniać jedynie z punktu mechaniki i energetyki z pominięciem psychologji. Prace Muensterberga, Lepmanna, Sterna, Bernays i innych, kładą podwaliny pod psychologję różnych zawodów. Praktycznie zadanie polega na tem, aby wykazać, jakich właściwości psychicznych wymaga dany zawód od poświęcających mu się pracowników. Badania te są dopiero w zaczątkach i zostały przeprowadzone dla nielicznych zawodów. Bodźcem dla powstawania psychologji zawodowej była czysto kupiecka kalkulacja. Z końcem ubiegłego wieku amerykańskie towarzystwo telefoniczne zwróciło się do Muensterberga z zapytaniem, czy nie mógłby za pomocą badań psychologicznych wykazać, które z pań zgłaszających się do szkoły telefonistek rokują nadzieje, że będą kiedyś dobremi telefonistkami, a które nie? Nadmieniłem, że była to czysto kupiecka kalkulacja, gdyż uczenice te były utrzymywane i opłacane przez czas szkolenia (okres półroczny) z funduszów towarzystwa. Muensterberg podjął się tego zadania i, analizując pracę telefonistki, wykazał konieczność czterech następujących właściwości psychicznych dla sprawnego wykonywania zawodu:

1. Dobrego zapamiętywania liczb.
2. Uwagi.
3. Szybkości w wykonywaniu.
4. Dokładności w trafianiu w otwory tablicy rozdzielczej.

Z kandydatek więc należało wyszukać takie osoby, któreby cechy te posiadały w stopniu najwyższym. Muensterberg badał u zgłaszających się każdą z tych poszczególnych funkcji z osobna. Zapamiętywanie liczb badał sposobem bardzo prostym przez odczytywanie liczb o coraz to większej ilości cyfr, które na dany sygnał polecał napisać. Z ilości liczb, dobrze zreprodukowanych wnioskował o pamięci do liczb. Uwagę badał metodę Bourdon'a, polecając z artykułu jakiegoś dziennika wykreślać którąś z liter. Szybkość w wykonywaniu mierzył ilością czasu, zużytego na ułożenie w grupy kart do gry według kolorów i wreszcie celność w trafianiu mierzył ilością dokładnie przekłutych miejsc na papierze porysowanym krzyżującemi się linjami.

Nie ulega chyba wątpliwości, że w ten sposób wybrane kandydatki dają lepszą rękojmię, niż gdyby były wybierane na chybił trafił. I istotnie dalsze życie wykazało, że wybór Muensterberga był słuszny.

Od motorowego, prowadzącego tramwaj wśród ruchliwej i pełnej zgiełku ulicy, wymagamy nietylko bystrych oczu, ale szybkiej orjentacji i błyskawicznej decyzji, bo o te cechy właśnie chodzi przy nagłych i niespodziewanych przeszkodach, a więc, jak widzimy oprócz pewnych właściwości fizjologicznych (bystrość wzroku, pole widzenia, dobre rozróżnianie barw) wymagamy też i pewnych właściwości psychicznych.

W związku z badaniem motorowych chciałem podać inny jeszcze sposób badania zdolności do pracy zawodowej. W badaniach Muensterberga widzieliśmy, że badał on poszczególne funkcje psychiczne każdą z osobna. E. Stern w swoich badaniach nad motorowymi tramwajowymi obrał zupełnie inną drogę. Starał on się w doświadczeniu laboratoryjnem stworzyć surogat życia i postawić badanego mniej więcej w takie warunki, w jakich ma pracować w życiu. Kandydata na motorowego sadza on przed taflę ze szkła mlecznego, położoną poziomo i podzieloną na trzy pola, z których najbliższe od badanego jest najmniejsze, a najdalsze największe. Pod płytą rozwija się w kierunku do badanego taśma, na której są zawieszone różnokolorowe lampki. Przed doświadczeniem poucza się osobę badaną, że najuważniej ma ona obserwować pierwsze pole; w obrębie drugiego, ma zwracać uwagę tylko na niektóre zjawiska i wreszcie trzecie pole ma być najsłabiej i ogólnikowo obserwowane. Kolor lampki ma symbolizować różne przedmioty, a więc: wozy naładowane, posuwające się wolno, szybko mknące automobile, pieszych przechodniów itd. Lampki zapalają się w różnym porządku i ugrupowaniu. I podobnie, jak motorowy, zależnie od szybkości poruszającego się przedmiotu, który mu drogę przecina, musi normować szybkość biegu swego wozu, tak też i osoba badana ma wykazać swoją zdolność orjentacji i właściwej sobie reakcji przez pociągnięcie za umówiony hebel, który znowu symbolizuje zwolnienie, przyśpieszenie lub też nagłe zatrzymanie wozu itd. Próba taka trwa z pół godziny, można ją dowolnie zmieniać i wprowadzać jeszcze inne ogniwa do doświadczenia, jak np. jakieś niespodziewane, nagłe wrażenia i w tych warunkach obserwować reakcje badanej osoby. Podobnie, jak w doświadczeniach Muensterberga tak i tu liczymy ilość reakcji dobrych i błędnych oraz czas reakcji od zadziałania pobudki, aż do chwili pociągnięcia za odpowiedni hebel. I na tem polu wojna wycisnęła swoje piętno, bo uczeni niemieccy oddali swoje usługi armji,

a psychologja zawodowa w czasie wojny zajmowała się pilnie badaniem lotników. Pracowali w tym kierunku Kronfeld, Benary i E. Stern. Stern badał lotników sposobem bardzo podobnym do badania motorowych z tą tylko różnicą, że tu stosownie do zmiany warunków, w jakich lotnik pracuje, bodźce nie leżą już na jednej płaszczyźnie, ale imitując rzeczywiste otoczenie lotnika, są trójwymiarowe. Zapalano lampki, pod nim, nad nim i z boków, przyczem znowu kolor lampki miał imitować aparat własnej lub też wrogiej armji, na które osobnik badany miał reagować pociągnięciem za ten lub ów hebel.

Lippmann przeprowadził badanie nad składaczami trzcionek, a Marja Bernays opracowała psychologję zawodową tkaczy.

Piórkowski na podstawie psychologicznej analizy dzieli zawody na cztery grupy:

1. Zawody niewykwalifikowane t. z. takie, które wymagają bardzo nizkiego stopnia ogólnej inteligencji i nie wymagają żadnych specjalnych uzdolnień (E. Stern podnosi, że te właśnie zawody są szczególnie interesujące dla psychiatry, gdyż i one wymagają wprawdzie nie teoretycznej, ale za to „praktycznej" inteligencji, i że chodzi o wypracowanie metod, któreby pozwoliły i niedorozwiniętych klasyfikować do odpowiednich dla nich zawodów i uczynić z nich ludzi społecznie wartościowych).

Zawody wymagające specjalnej kwalifikacji dzieli Piórkowski znowu na trzy grupy: niższe, średnie i najwyższe.

2. Dla grupy pierwszej poziom inteligencji ogólnej jest rzeczą drugorzędną, ale chodzi tu już o pewne funkcje umysłowe, a szczególnie uwagę, gdyż ta jest niezbędną dla robotników pracujących przy różnych maszynach np. przędzalniczych i tkackich. Przyczem, jak z dalszych badań Piórkowskiego wynika, różne gatunki maszyn wymagają jakościowo różnej uwagi od pracujących niemi.

3. Do średnich zawodów zalicza Piórkowski: telefonistów, zecerów, motorowych itp. jednem słowem zawody, które już wymagają pewnego poziomu ogólnej inteligencji i pewnych specjalnych właściwości psychicznych, o jakich wyżej mówiłem.

4. Zawody najwyższe (akademickie, wyższe techniczne i handlowe), wymagają według Piórkowskiego: „Zdolności do szybkiej decyzji, zdolności organizacyjnych, badawczych, twórczych i wreszcie zdolności rozróżniania rzeczy mniej od więcej ważnych".

Z osobistego doświadczenia każdemu z nas wiadomo, jak różnorodnych właściwości psychicznych wymagają wyższe zawody.

Nie posiadamy obecnie jeszcze tak dokładnej analizy zawodów wyższych, jak te, które podałem dla telefonistek i motorowych. Analiza ta musi być oczywiście znacznie trudniejszą; to też w tym kierunku dopiero pracę rozpoczęto.

Mimo to już od 1909 roku istnieje w Bostonie biuro porad dla szukających pomocy przy wyborze zawodu. Podstawy dla tego badania stworzył prof. Fr. Parsons. Prof. Parsons wychodzi z trzech założeń:

1. Badany musi znać siebie samego, swoje zdolności i zainteresowanie.

2. Konieczną jest też znajomość właściwości wymagań i warunków, jakie stawiają różne zawody, i wreszcie

3. ustalenie związków między czynnikami z pod p. 1 i 2.

Celem odpowiedzi na punkt 1. Parsons wymaga wypełnienia rozległego kwestjonarjusza obejmującego 116 pytań, które zapytują o stosunki rodzinne, siły fizyczne i zdrowie dadanego, o jego zainteresowania, lekturę, zachowanie się w różnych sytuacjach życiowych, nawet o jego marzenia i pragnienia i wreszcie o stosunek do innych ludzi. Po wypełnieniu tego kwestjonarjusza szukający porady może ją otrzymać. Biuro to ma na celu nie tylko udzielanie porad w wyborze zawodu, ale badanie i popularyzowanie zagadnień wiążących się z tym tematem. Takie biuro porad istnieje i w Berlinie.

Badania psychologji różnych zawodów są zatem dalszym tematem prac naszego instytutu. Praktycznym celem tych badań jest dobierania właściwych zajęć dla odpowiednich ludzi. Rozszerzenie badań nad nowowstępującymi do jakiejś gałęzi pracy poza badaniami cielesnemi i w kierunku niezbędnych w danym zawodzie właściwości psychicznych zaoszczędzi niewątpliwie wiele rozczarowań i częstych zmian zawodu, oraz wpłynie wydatnie na wzmożenie dzielności w danym kierunku pracy. Pozornie projekt ten może się wydać niepraktycznym, ale tylko pozornie, bo tak, jak już dzisiaj kierownicy różnych przedsiębiorstw (koleje, tramwaje itp.) wymagają orzeczenia lekarskiego od nowowstępującego, podobnie przy dobrej organizacji należałoby uzupełnić jeszcze to badanie i badaniem psychologicznem. Odpowiednio wyszkoleni lekarze fabryczni na kursach lub w samym instytucie pracy z łatwością podołają temu zadaniu.

Na tem kończę i nie będę już mnożył dalszych przykładów przyszłych prac; chodziło mi tylko o wykazanie na przykładach, nad czem i jak mógłby pracować ten instytut. Cytowałem do tej pory jedynie zwolenników psychologji zawodowej.

Na zakończenie podnieść muszę, że w piśmiennictwie niemieckiem z ostatnich miesięcy dają się słyszeć głosy sceptyczne (Schakwitz), że badania te nie mają jeszcze wartości praktycznej.

Kraepelin w jednej z ostatnich prac w tym kierunku powiada, że badania w zakresie psychologji pracy są dopiero niepewnemi i chwiejnemi krokami na nietkniętym prawie terenie badań.

Wreszcie odwołuję się do powagi prof. Lepin'a, który w swoim szkicu z roku 1906 „l'evolution de la Médecine à la fin du XIX siecle" omawiając wyniki badań nad pracą zawodową prof. A. Imberta podkreśla, że są one jednem z najważniejszych zagadnień medycyny społecznej i mimo to, że są zaledwie w zaczątkach, zdaniem prof. Lepin'a, nie są mniej ważne, niż kwestja gruźlicy, alkoholizmu i mieszkań niezdrowych, sprawy, które do tej pory były najważniejszemi zagadnieniami medycyny społecznej. Zdaniem prof. Lepin'a od badań tych zależy dobra organizacja pracy.

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska

Protokół 218 posiedzenia Wydziału d. 17. czerwca 1922.

Wiceprezes Dr. Żydłowicz odczytuje odezwę do Związku lekarzy Państwa Polskiego w Warszawie celem przyśpieszenia złączenia się Związku Małopolski z Warszawą.

Z obecnym na posiedzeniu Drem Hinzem z Rzeszowa omawiano sprawę taryfy za czynności sądowo-lekarskie. Związek wysłał odpowiedni memorjał do Ministerstwa zdrowia i Minist. sprawiedliwości. Od 1 lipca 1922 w razie odmownej odpowiedzi co do podwyższenia wyżej wymienionych taks mają wszyscy lekarze stosować bierny opór.

Sprawę nadania firmy niekoncesjonowanemu technikowi dentystycznemu przez Dra W. z Krakowa, kapitana W. P., odstąpiono Izbie lekarskiej w Krakowie.

Uchwalono popierać przetwory aptekarza Matuli i wodę krościeńską Inż. Dziewolskiego. Firmy te opodatkowały się na fundusz śp. Dra Jordana na rzecz wdów i sierot po lekarzach.

Protokół 219 posiedzenia Wydziału 1 lipca 1922.

Podniesiono wkładkę do Kasy pogrzebowej na 1200 Mk za każdego zmarłego członka. Przy 500 przeszło członkach będzie obecnie premja pogrzebowa wynosiła 500.000 Mk.

Doniesienie o partactwie lekarskiem, uprawianem przez położną Popiołkową w Budziejowicach ad Słomniki, przekazano Izbie lekarskiej w Krakowie.

Przyjęto do wiadomości pismo prezydenta Sądu Apelacyjnego w Krakowie w sprawie podniesienia taks za czynności sądowo-lekarskie Prezydent Sądu Apelacyjnego poczynił w Ministerjum sprawiedliwości starania, by podnieść taksę. Prosi o wpłynięcie na lekarzy, aby nie uchylali się od obowiązków znawców sądowych.

Odczytano poufne pismo Prezydjum sądu karnego w Krakowie L. 181/14/22 z dnia 25 maja b. r., pouczające sądy powiatowe, jak mają postępować z opornymi lekarzami sądowymi, przy użyciu nawet przepisów procedury karnej, celem zmuszenia ich do czynności sądowo-lekarskich. Związek lekarzy Państwa polskiego w Warszawie donosi, że pośredniczył w Ministerjum zdrowia i Ministerjum sprawiedliwości celem podniesienia taks za czynności sądowo-lekarskie.

Dr. S. z Mielca przyjął, pomimo ostrzeżenia, posadę lekarza funkcjonarjuszy państwowych. Uchwalono zwrócić się do Dra S. w Mielcu, aby posadę natychmiast wypowiedział i zaprzestał pełnić czynności z posadą tą związane.

Odczytano pismo Dra Malinowskiego i Czernichowa, który do szczepienia przeciw ospie musiał jeszcze dopłacić. Rachunek ten uchwalono wydrukować w „Polskiej Gazecie lekarskiej".

Koledze Drowi Fechterowi z Jarosławia dziękuje Związek za trudy w organizowaniu Kolegów w powiecie jarosławskim, i za utworzenie tam Koła Związku. Wszyscy tamtejsi koledzy przystąpili bez wyjątku do Kasy pogrzebowej.

Dr. Kostecki, sekretarz. *Dr. Żydłowicz*, wiceprezes.

Wezwanie.

Wydział Związku wzywa Członków, by członków Zrzeszeń funkcjonarjuszy państw. Województwa t.rak. leczyli za 50% zniżką zwyczajnego honorarjum, pobieranego obecnie od chorych, a w wypadkach godnych uwzględnienia nawet bezpłatnie. Członkowie mają być zaopatrzeni w legitymacje Związku Zrzeszeń F. P. Nie członkowie mają być uważani za ściśle prywatnych chorych. Wydział Związku ma nadzieję, że taksamo będą koledzy czynić i w innych województwach Małopolski i Śląska.

Wobec takiego rozwiązania sprawy Wydział wzywa jeszcze raz Członków Związku lekarzy, by pod żadnym pozorem nie przyjmowali posad lekarzy dla udzielania porady lekarskiej urzędnikom państwowym na rachunek rządu, choćby rząd podwyższał co pewien czas mizerne wynagrodzenie dla tych lekarzy. W końcu Wydział Związku wzywa Członków, piastujących takie posady, by je bezzwłocznie złożyli.

Dr. Kostecki, sekretarz. *Dr. Żydłowicz*, wiceprezes.

Związek lekarzy Małopolski i Śląska przesłał następujące pismo do Ministerjum zdrowia publicznego i do Wydziału lekarskiego w Krakowie, Lwowie i Warszawie.

Na mocy ustawy, uchwalonej przez Sejm, wydaje Ministerstwo zdrowia publicznego zezwolenie na wykonywanie praktyki lekarskiej osobom, które przybyły z Rosji i wykazały się dyplomem lekarza lub doktora medycyny, wydanym przed rokiem 1917 na jednej zrosyjskich wszechnic. Pewną sławą cieszą się takie dokumenty, wystawione rzekomo przez Instytut lekarski żeński w Piotrogrodzie. Znamy wypadek, gdzie jeden z takich rzekomych lekarzy rosyjskich, właśnie z tego Instytutu, mianowany został w wojsku polskiem lekarzem porucznikiem. Byłby nim do dziś dnia, gdyby nie śledztwo, wytoczone przeciw niemu przez władze wojskowe o zbrodnię gwałtu publicznego i wymuszanie pieniędzy groźbą. Okazało się, że ów rzekomy lekarz „ukończył" pierwsze półrocze pierwszej klasy gimnazjalnej (sic!) z postępem niedostatecznym!! Osobnik ten zgłosił się nawet do Izby lekarskiej w Krakowie z prośbą o zapisanie w poczet lekarzy wolno praktykujących, wykazując się dyplomem lekarskim, mającym cechy prawdziwości, a w rzeczywistości podrobionym. Jeśli oszust taki wprowadził w błąd Izbę lekarską, to tosamo może stać się i w Ministerstwie zdrowia publicznego.

Na wiadomość, o osiedleniu się lekarza (lekarki) z Rosji w jakiejś miejscowości w Małopolsce, czy na Śląsku, zwraca się Związek lekarzy zawsze do odnośnego starostwa z prośbą o wyjaśnienie. Na to otrzymuje zawsze jednakową, stereotypową odpowiedź, że odnośny lekarz (lekarka) trudni się praktyką lekarską na podstawie zezwolenia Ministerstwa zdrowia publ. Wobec tego osoba ta ma prawo do wykonywania praktyki lekarskiej.

Nie mamy nic przeciw temu, aby praktykowali u nas w Polsce obywatele polscy, którzy ukończyli studja w Rosji. Chodzi nam jedynie o to, by rozmaici oszuści, od jakich się roi dziś w Polsce, nie podszywali się na podstawie podrobionych świadectw pod miano lekarza i nie uprawiali w ten sposób partactwa lekarskiego ze szkodą dla lekarzy i cierpiącej ludności.

Niech nam wolno będzie zwrócić uwagę, że zezwolenie na wykonywanie praktyki lekarskiej na podstawie przedłożonych świadectw wydaje Ministerstwo zdrowia publ. w czasie, kiedy wobec panujących dzisiaj stosunków w Rosji nie można stwierdzić prawdziwości świadectwa wzgl. dyplomu. Dlatego prosimy uprzejmie Wysokie Ministerjum (Swietny Wydział lekarski), by zechciało porozumieć się w tej sprawie z Wydziałami lekarskimi (z Min. zdr. publ.) celem wprowadzenie przepisu, że każdy lekarz (lekarka) z Rosji, chcący praktykować w Polsce, naturalnie obywatel polski, ma być zawsze i bezwarunkowo poddany kolokwjum lekarskiemu na jednej z naszych wszechnic przed wyznaczoną do tego komisję lekarską (oprócz przedłożenia świadectwa lub dyplomu lekarza). Nie chodzi tu o ścisły egzamin, wymagający długiego i mozolnego przygotowania, nie chodzi o jakieś szykany, utrudniające rodakom wzgl. obywatelom polskim z Rosji praktykę lekarską w Polsce. Komisja, do kolokwjum wyznaczona, z łatwością stwierdzi po krótkiem przepytaniu, czy kandydat jest rzeczywiście lekarzem. Celem wyrugowania oszustów należałoby poddać takiemu kolokwjum i tych lekarzy, którzy już praktykują w Polsce na podstawie zezwolenia ministerjalnego. Nie wątpimy, że znajdzie się pomiędzy nimi spory odsetek pospolitych oszustów i partaczy.

Program kursów uzupełniających dla Lekarzy na Wydziale lekarskim im. Jana Kazimierza we Lwowie w czasie od 21 do 30 września 1922 r.

1) Prof. Dr. Rencki. (Kl. wewnętrzna. Pijarów 4. od 8-9; 21, 23, 25, 27 i 29/IX). a) O koloido- i proteinoterapji w medycynie wewnętrznej. b) Nowe poglądy w chorobach krwi i ich leczenie.

2) Doc. Dr. Grek. (Kl. wewnętrzna. Pijarów 4. od 8—9; 22, 26 i 30/IX). Wczesne rozpoznanie i leczenie wrzodu żołądka.

3. Prof. Dr. Cieszyński. (Inst. dentystycz. Zielona 5 a) a) (od 8—10; 21 i 22/IX). O znieczulaniu miejscowem i wykluczającem przewodnictwo nerwu do zabiegów stomatologicznych;

b) (od 8—10; 23 i 25/IX). Postępowanie operacyjne w trudnych przypadkach wyjmowania zębów z pokazem chorych;

c) (od 8—10; 26, 27, 28, 29 i 30/IX). Ćwiczenia w znieczulaniu i wyjmowaniu zębów.

4) Prof. Dr. Wiczkowski. (Szpital powszechny) a) (od 9—10; 22 i 26/IX). Nowe poglądy na gruźlicę płuc i jej leczenie; b) (od 9—10; 28 i 30/IX). Nowe poglądy na kamicę żółciową i jej leczenie.

5) Prof. Dr. Franke. (od 9—10; 21, 23, 27 i 29/IX). Nowoczesne sposoby leczenia w chorobach serca i nerek.

6) Prof. Dr. Bednarski. (Szpital św. Zofji od 9—10; 22, 26, 28 i 30/IX) Djagnostyka i leczenie chorób ocznych u dzieci.

7. Doc. Dr. Reis. (Kl. okulist. Szpital pow. od 9—10; 21, 23 i 25/IX). Jaglica i jej leczenie.

8) Doc. Dr. Sochański. (Kl. wewn. Pijarów 4. od 9—10; 27 i 29/IX). O czynnościowem badaniu nerek z uwzględnieniem współczesnego podziału chorób nerkowych wraz z uwagami leczniczemi.

9) Prof. Dr. Schramm. (Kl. chir. Pijarów 4. od 10—11; 21, 23, 25, 27 i 29/IX) Nowsze sposoby leczenia ran.

10) Doc. Dr. Ostrowski. a) (Szpital św. Zofji od 10—11; 22, 26. 28 i 30/IX). Leczenie gruźlicy chirurgicznej;

b) (Kl. wewn. Pijarów 4. od 6—7½ p. p. 25, 27 i 29/IX). Ćwiczenia w badaniu układu moczowego.

11) Prof. Dr. Zalewski. (Polikl. oto-lar. Hausnera 9. od 10—11; codz. prócz 24/IX). Otoskopja i laryngoskopja.

12) Doc. Dr. Rotfeld. (Amb. neur. Hausnera 9. od 9—11, 24/IX i od 8—9, 28/IX). Nagminne zapalenie mózgu i jego następstwa.

13) Dr Progulski. (Kl. chorób dzieci. Głowińskiego 3, od 11—1; 24/IX i od 12—1; 26/IX) O żywieniu niemowląt.

14) Doc. Dr. Bocheński. (Kl. położ. Pijarów 4)

a) od 11—12 codz. prócz 24/IX). Omyłki rozpoznawcze w położnictwie i ginekologji;

b) (od 6—7 p. p.; 21, 22 i 23/IX). Praktyka położnicza w zakładzie i w domu prywatnym.

15) Prof. Dr. Łukasiewicz. (Kl. chor. skórnych. Piekarska 81. od 12—1, 21, 23, 25, 27 i 30/IX). Leczenie wyprysku.

16) Doc Dr. Leszczyński. (Szpital powszechny od 12—1; 22, 26, 28 i 29/IX). Przegląd nowszych sposobów badania i leczenia w syfilidologii.

17) Prof. Dr. Nowicki. (Zakł. anatomii pat. od 12—1½; 22/IX. Piekarska 52). Twardziel pod względem anatomicznym.

18) Dr. Lehm. (Polikl. oto-lar. Hausnera 9, od 12—1½; 28/IX). Twardziel pod względem klinicznym.

19) Dr. Sabatowski. (Kl. wewn. Pijarów 4. od 12 1½; 29/IX). O naszych zdrojowiskach.

20) Doc. Dr. Steusing. (Zakład higjeny. Piekarska 52. od 4—5 p. p. 21, 23, 26 i 28/IX). Nowsze zagadnienia z dziedziny bakterjologji i serologji.

21. Prof. Dr. Sieradzki. (Zakł. med. sąd. Piekarska 52. od 4—6 p. p.; 22, 25, 27, 29 i 30/IX). Sekcje sądowo-lekarskie.

22) Dr. Chania. (Pańska 18. od 4—6 p. p., 24/IX). Zasadnicze wiadomości z radjologji.

23) Prof. Dr. Beck. (Zakł. fizjol. Piekarska 52. od 5—7 pp.; 26 i 28/IX). Zajmujące demonstracje i doświadczenia z fizjologji.

24) Prof. Dr. Parnas. (Zakł. chemji lek. Piekarska 52, od 5—6 p. p.; 21 i 22/IX i od 6—7 p. p. 25, 27 i 29/IX). a) Poglądy współczes. w nauce o przemianie materji. b) Analiza krwi i moczu

25) Dr. Wyrzykowski. (Batorego 38. od 6—7 p. p. codz. prócz 24/IX). Gimnast. lecznicza i ortopedja dla potrzeb praktyki.

Opłata za dowolną ilość wykładów wynosi 15000 mkp. Fundusz zebrany przeznacza się na stypendja dla medyków.

Pomieszczenie znajdą uczestnicy kursu w klinice chorób wewnętrznych ewentualnie w innych.

Zgłoszenia przyjmuje do dnia 5 września Prof. Dr. Zalewski, Lwów, Sykstuska 49.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Minister zdrowia publ. Dr. Chodźko zwiedził w pierwszych dniach b. m. uzdrowiska Truskawiec i Morszyn. Pan Minister okazał żywe zainteresowanie zdrojami Małopolski, wyraził podziw dla ich skarbów naturalnych i nie szczędził uznania dla zarządów. Mamy pewność, że Ministerstwo będzie nadal otaczało nasze zdrojowiska życzliwą opieką.

Konferencja w sprawie zapobieżenia rozszerzeniu się cholery azjatyckiej odbyła się 3 bm. w Województwie. Jako naczelny postulat postawiono zgłaszanie pierwszych przypadków zachorowań wzbudzających podejrzenie cholery, wychodząc ze słusznego zapatrywania, że nie będzie niebezpieczeństwa epidemji, jeżeli pierwsze przypadki zostaną ujęte przez powołane władze. Ogólne było mniemanie, że przedewszystkiem w tym kierunku powinny iść usiłowania władz, z oparciem o szczegółowe przepisy art. 5 ustawy w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych.

Jako niezbędne podniesiono dalej przygotowanie po gminach lokalów izolacyjnych, środków dezynfekcyjnych, niższego personalu sanitarnego.

W sprawie szczepień ochronnych uważano za wskazane przeprowadzać je przymusowo w miejscowościach nawiedzonych cholerą, pozatem zaś w miastach większych dokonywać szczepień u osób, które się zgłoszą dobrowolnie; środek ten należy zalecić głównie tym, którzy udają się w okolice zakażone.

Konferencję dyrektorów Woj. Urzędów zdrowia i kierowników Ekspozytur NNK. zwołał Naczelny Nadzw. Komisarz do spraw walki z epidemjami na dzień 10 bm. do Warszawy.